

Piagam Kemanusiaan dan Standar-Standard Minimum dalam Respons Kemanusiaan Hak untuk hidup bermartabat

The Sphere Project adalah suatu prakarsa untuk menentukan dan mempromosikan standar-standar yang digunakan masyarakat sedunia dalam menanggapi kebutuhan penduduk terkena bencana.

Melalui buku pegangan ini, Sphere bekerja untuk suatu dunia di mana hak-hak semua penduduk yang terkena bencana untuk membangun kembali hidup dan penghidupannya dihormati dan bertindak untuk menghargai suara mereka dan mempromosikan martabat serta keamanannya.

Buku pegangan ini berisi:

- Suatu Piagam Kemanusiaan: prinsip-prinsip hukum dan moral yang menggambarkan hak-hak penduduk yang terkena bencana.
- Prinsip-prinsip perlindungan.
- Standar-Standard Inti dan standar-standar minimum pada empat sektor kemanusiaan utama yang menyelamatkan hidup: Pasokan air, Sanitasi dan promosi kebersihan; Ketahanan pangan dan gizi; hunian, permukiman dan bantuan non-pangan; Layanan Kesehatan. Standar-standar ini menggambarkan apa yang perlu dicapai oleh suatu aksi kemanusiaan agar penduduk terkena bencana dapat bertahan hidup dan pulih dalam kondisi yang stabil dan dengan bermartabat.

Buku pegangan Sphere dimiliki secara luas oleh lembaga-lembaga dan perorangan, menawarkan suatu bahasa bersama kemanusiaan untuk bekerja sama mencapai mutu dan akuntabilitas dalam bencana dan situasi konflik.

Buku pegangan Sphere mempunyai sejumlah “standar sandingan”: INEE untuk pendidikan dalam situasi darurat, LEGS untuk tanggap darurat ternak dalam situasi darurat, dan SEEP untuk pemulihan ekonomi. Jadi Sphere meluaskan jangkauannya dalam menanggapi kebutuhan yang muncul dalam sektor kemanusiaan.

INEE

Inter-Agency Network for Education in Emergencies
Réseau Inter-Agences pour l'Éducation en Situations d'Urgence
La Red Interagencial para la Educación en Situaciones de Emergencia
Rede Inter-Institucional para a Educação em Situação de Emergência
التيهكة المشتركة لوكالات التعليم في حالات الطوارئ



seep
Powering connections

Proyek Sphere dimulai pada tahun 1997 oleh sejumlah ORNOP kemanusiaan dan Gerakan Palang Merah dan Bulan Sabit Merah Sedunia.

ISBN 978-979-26149-7-7



The
Sphere
Project

2011



The Sphere Project

Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response

Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response
Piagam Kemanusiaan dan Standar-Standard Minimum dalam Respons Kemanusiaan



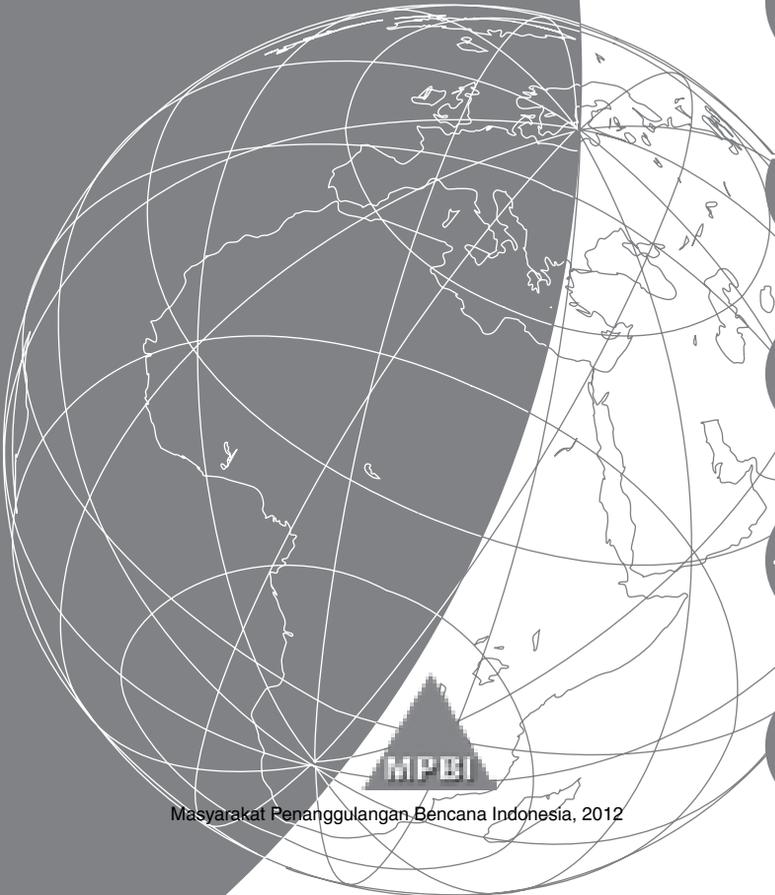
2011 EDITION





The Sphere Project

Piagam
Kemanusiaan
dan Standar-
Standar Minimum
dalam Respons
Kemanusiaan



Masyarakat Penanggulangan Bencana Indonesia, 2012



The Sphere Project

Copyright © The Sphere Project 2011

email: info@sphereproject.org

Website: www.sphereproject.org

Proyek Sphere dimulai pada tahun 1997 oleh sekelompok ORNOP kemanusiaan dan Gerakan Palang Merah dan Bulan Sabit Merah Sedunia untuk mengembangkan suatu standar minimum semesta dalam bidang-bidang utama aksi kemanusiaan: Buku *Sphere*. Tujuan buku pegangan ini adalah untuk memperbaiki mutu aksi kemanusiaan dalam situasi bencana dan konflik, dan untuk menguatkan akuntabilitas sistem kemanusiaan terhadap penduduk yang terkena bencana. Piagam Kemanusiaan dan Standar Minimum dalam Respons kemanusiaan merupakan hasil pengalaman bersama banyak orang dan lembaga-lembaga. Oleh sebab itu tidak sepatutnya dipandang sebagai mewakili pandangan salah satu lembaga saja.

Edisi Percobaan Pertama 1998

Edisi Akhir Pertama 2000

Edisi Kedua 2004

Edisi Ketiga 2011

ISBN 978-979-16349-7-7

Katalog buku ini tersedia di The British Library dan the US Library of Congress.

All rights reserved. Bahan ini merupakan hak cipta namun boleh diperbanyak dengan cara apa pun tanpa dikenakan biaya jika untuk tujuan pengajaran, namun tidak untuk diperjualbelikan kembali. Diperlukan izin resmi untuk semua penggunaan seperti itu namun biasanya akan segera diberikan. Penyalinan untuk tujuan lain, untuk publikasi *online* atau untuk digunakan kembali dalam publikasi lain, untuk terjemahan atau adaptasi, diperlukan izin tertulis yang bisa diperoleh sebelumnya dari pemilik hak cipta, dan mungkin akan dikenakan biaya.

Didistribusikan untuk Proyek Sphere oleh Practical Action Publishing dan agen serta perwakilannya di seluruh dunia.

Practical Action Publishing, Schumacher Centre for Technology and Development, Bourton on Dunsmore, Rugby, CV23 9QZ, United Kingdom
Tel +44 (0) 1926 634501; Fax +44 (0) 1926 634502
Email: sphere@practicalaction.org.uk
Website: www.practicalactionpublishing.org/sphere

Practical Action Publishing (UK Company Reg. No. 1159018) adalah perusahaan penerbitan dari Practical Action dan hanya melakukan perdagangan untuk mendukung tujuan kemanusiaan organisasi induk.

Desain oleh: Mondofragilis Group, Metz-Tessy, France

Dicetak oleh: Hobbs the Printer, Southampton, United Kingdom

The Sphere Project memberikan dukungan kepada Masyarakat Penanggulangan Bencana Indonesia (MPBI) untuk menerjemahkan dan menerbitkan *The Sphere Project Handbook: Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response* Edisi 2011 ke dalam bahasa Indonesia dengan judul Buku Pegangan Proyek *Sphere*: Piagam Kemanusiaan dan Standar Minimum dalam Respons Kemanusiaan.

Edisi Bahasa Indonesia diterbitkan oleh:

Masyarakat Penanggulangan Bencana Indonesia (MPBI)

Jl. Cempaka Putih Tengah No. 13, Jakarta 10510, Indonesia

Telp./faksimile: +62 21 445 880 079, e-mail: info@mpbi.org, website: www.mpbi.org

Copyright Edisi Bahasa Indonesia © Masyarakat Penanggulangan Bencana Indonesia.

Cetakan ke-1: Maret 2012

Tim Penerjemah MPBI: Atik Ambarwati, Catur Sudiro, H. Iskandar Leman, Lany Harijanti, Sinta Dewi, Tanty Surya Thamrin

Editor: Puji Pujiono, Tanty Surya Thamrin, H. Iskandar Leman

Sambutan

Edisi terbaru dari Buku *Proyek Sphere: Piagam Kemanusiaan dan Standar Minimum dalam Respons Kemanusiaan* ini merupakan hasil kerjasama antar-lembaga yang luas.

Piagam Kemanusiaan dan Standar Minimum mencerminkan tekad lembaga-lembaga untuk memperbaiki efektivitas bantuan-bantuan dan akuntabilitas mereka terhadap para pihak, sumbangsih dalam kerja-kerja praktis untuk akuntabilitas.

Piagam Kemanusiaan dan Standar Minimum tentu tidak dapat menghentikan terjadinya krisis kemanusiaan, juga tidak dapat mencegah penderitaan manusia. Yang ditawarkan buku ini adalah sebuah kesempatan dalam peningkatan bantuan yang sungguh-sungguh memperbaiki kehidupan penduduk yang terkena bencana.

Bermula pada akhir 1990-an, sebagai inisiatif dari sekelompok ORNOP Kemanusiaan dan Gerakan Palang Merah dan Bulan Sabit Merah Sedunia, saat ini Standar Sphere diterapkan sebagai standar *de facto* dalam aksi kemanusiaan di abad ke-21.

Ungkapan penghargaan harus diberikan kepada semua orang yang telah mewujudkan semua ini.



Ton van Zutphen
Ketua Dewan Pengarah Sphere



John Damerell
Manajer Proyek

Kata Pengantar



Pada salah satu sesi pembahasan revisi Buku Pegangan Sphere di Oxford – Inggris tahun lalu, salah seorang peserta yang juga anggota presidium MPBI, Dr. Pujiono MSW menandakan bahwa prinsip-prinsip Sphere memang sudah merambah berbagai bagian dunia. Tantangannya sekarang adalah bagaimana membawanya dari tataran normatif menjadi piranti kerja praktik yang relevan dengan latar belakang sosial budaya dan ekonomi di mana norma Sphere itu diterapkan, termasuk di berbagai ragam daerah di Indonesia

Dalam kaitan itu, Masyarakat Penanggulangan Bencana Indonesia sejak awal tahun 2000-an terus mengawal, menyebarluaskan, dan menyediakan diri sebagai salah satu platform untuk membahas dan menerapkan Buku Pegangan Sphere. MPBI menyebarluaskan Buku Pegangan Sphere Edisi 2004 sebagai sumbangsih terhadap tahap tanggap darurat kejadian bencana gempa dan tsunami Aceh-Nias pada akhir tahun 2004. Ini dilanjuti dengan penerbitan berikutnya yang memperluas jangkauan Buku Pegangan Sphere bersamaan dengan berbagai kegiatan lokakarya, pelatihan dan bahkan advokasi kebijakan.

MPBI melaksanakan hal ini berasal dari kesadaran bahwa kita semua, para pekerja kemanusiaan, pemerintah, teknokrat, aktivis gerakan, dan juga para penyintas bencana, memerlukan suatu kesamaan pemahaman tentang standar minimum bantuan kemanusiaan. Hal ini penting dalam memandu pelaksanaan pengkajian, analisis, perencanaan dan penyelenggaraan kegiatan tanggap darurat dan pemulihan dampak bencana yang melibatkan aspek kemanusiaan. Oleh karenanya MPBI juga menyebarluaskan buku Piagam Kemanusiaan dan Standar Minimum dalam Respons Kemanusiaan Edisi 2011 ini.

Sejak tahun 2003 para praktisi penanggulangan bencana di MPBI sudah menyelenggarakan kegiatan penguatan kemampuan profesional penanggulangan bencana mulai dari Orientasi Dasar, Lokakarya, Pelatihan Dasar dan Pelatihan Pelatih Piagam Kemanusiaan dan Standar Minimum dalam Respons Kemanusiaan Proyek Sphere yang terus berlangsung sejak tahun 2005 sampai dengan saat ini. Kegiatan ini semakin menemukan relevansi setelah disahkannya Undang-undang Nomor 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana terutama pasal 6 huruf c, pasal 8 huruf a dan pasal 26 ayat (2) tentang standar pelayanan minimum.

Semoga dengan terbitnya buku ini dapat terus meningkatkan upaya-upaya perbaikan dan menciptakan pekerja kemanusiaan yang andal dan profesional dalam bidang respon kemanusiaan. Akhir kata kami ucapkan terimakasih kepada Atik Ambarwati, Catur Djoko Sudiro, Lany Harijanti, Sinta Ratna Dewi, dan Tanty Surya Thamrin yang telah melakukan penerjemahan, kepada Tanty Surya Thamrin dan Pujiono yang telah melakukan proses editing, serta pihak-pihak lain yang mendukung penyebarannya.

Kepada Anda semua para pekerja kemanusiaan kami ucapkan selamat membaca dan menyebarkan pengetahuan yang ada dalam buku ini kepada pihak yang berkepentingan serta ikut memastikan semakin bermartabatnya hidup para penyintas.

Jakarta, 31 Januari 2012

H. Iskandar Leman
Sekretaris Jenderal MPBI



The Sphere Project

Geneva, 23 Juni 2011

Masyarakat Penanggulangan Bencana Indonesia

/ Indonesian Society for Disaster Management

Jakarta

Indonesia

The Sphere Project diawali pada tahun 1997 oleh sekelompok ORNOP kemanusiaan dan Gerakan Palang Merah dan Bulan Sabit Merah Sedunia untuk mengembangkan serangkaian standar-standar minimum semesta dalam bidang aksi kemanusiaan: the **Sphere Handbook**. Tujuan buku pegangan ini adalah untuk meningkatkan mutu respons kemanusiaan dalam situasi bencana dan konflik, dan menguatkan akuntabilitas sistem kemanusiaan terhadap masyarakat terdampak bencana. Piagam Kemanusiaan dan Standar-standar Minimum dalam Respons Kemanusiaan adalah hasil pengalaman bersama banyak orang dan lembaga-lembaga.

Inklusi standar-standar minimum Sphere dalam sistem perundang-undangan kebencanaan di Indonesia dan penggunaannya selama tanggap darurat nasional menjadi suatu contoh yang bagus mengenai penerapan Sphere pada tingkat yang cocok.

Masyarakat Penanggulangan Bencana Indonesia harus diberi penghargaan karena telah menjadi perangkat pelancar proses ini. Lebih jauh, penggunaan standar-standar minimum Sphere sebagai acuan untuk memastikan pemenuhan hak-hak asasi manusia sebelum, pada saat dan setelah bencana di dalam konteks kebencanaan di Indonesia juga perlu diberi ucapan terima kasih.

Selama dua tahun terakhir, The Sphere Project telah bekerja untuk revisi pedoman Sphere, menimbang perubahan-perubahan bermakna dalam sektor kemanusiaan sejak penerbitan edisi tahun 2004. **Masyarakat Penanggulangan Bencana Indonesia** telah terlibat dalam proses konsultasi revisi yang luas ini.

Edisi bahasa Inggris buku pegangan Sphere (Edisi 2011) telah diluncurkan secara global pada tanggal 14 April 2011. Bukudalam bahasa lain pada bulan Juni 2011. Saya ingin menyampaikan selamat kepada MPBI yang telah menerjemahkan buku Sphere ke dalam Bahasa Indonesia, dengan catatan lebih dari 15,000 buku edisi tahun 2004 beredar di Indonesia.

Akhirnya, saya ingin mencatat upaya **Masyarakat Penanggulangan Bencana Indonesia** dalam mempromosikan mutu dan akuntabilitas dalam sektor kemanusiaan di Indonesia dan mengharapkan yang terbaik untuk kalian dalam usaha-usaha di masa depan.

Teriring salam,

John Damerell
Manajer Proyek

Ucapan Terima Kasih

Perbaikan Buku Pegangan Sphere merupakan suatu proses kerjasama dan konsultasi yang luas, melibatkan banyak orang di seluruh dunia. Terlalu banyak untuk disebutkan nama setiap orang tersebut. *The Sphere Project* mengucapkan terima kasih atas sumbangan yang sudah diberikan dan kerelaan organisasi-organisasi dan setiap orang untuk terlibat.

Proses revisi Sphere dipimpin oleh sebuah kelompok penghubung untuk bab teknis dan isu lintas sektor, yang didukung oleh narasumber dari isu yang sedang berkembang dari semua sektor, baik yang diperbantukan oleh atau dipekerjakan secara langsung, tergantung tingkat pekerjaan yang dipertangani. Konsultan-konsultan memimpin perbaikan unsur-unsur yang relevan mengenai buku pegangan sebagai secara keseluruhan, dan yang membutuhkan bahan yang baru sama sekali. Bila tidak dinyatakan sebaliknya, setiap orang yang tertera di bawah ini adalah para konsultan.

Piagam Kemanusiaan: James Darcy, Mary Picard, Jim Bishop (InterAction), Clare Smith (CARE International) dan Yvonne Klynman (IFRC)

Prinsip-prinsip Perlindungan Ed Schenkenberg van Mierop (ICVA) dan Claudine Haenni Dale

Standar-standar Inti: Peta Sandison dan Sara Davidson

Bab-bab Teknis

- 1 **Pasokan air bersih, sanitasi, dan promosi kebersihan:** Nega Bazezew Legesse (Oxfam GB)
- 2 **Ketahanan pangan dan gizi**
 - o **Gizi:** Susan Thurstans (Save the Children UK)
 - o **Ketahanan pangan dan mata pencarian:** Devrig Velly (Action Contre la Faim)
 - o **Bantuan pangan:** Paul Turnbull (World Food Programme) dan Walter Middleton (World Vision International)
- 3 **Hunian, pemukiman, dan bantuan non-pangan:** Graham Saunders (IFRC)
- 4 **Layanan kesehatan:** Mesfin Teklu (World Vision International)

Tema-tema lintas sektor

- 1 **Anak:** Monica Blomström and Mari Mörth (keduanya dari Save the Children Sweden)

- 2 **Usia Lanjut:** Jo Wells (HelpAge International)
- 3 **Orang berkebutuhan khusus:** Maria Kett (Leonard Cheshire Disability and Inclusive Development Centre)
- 4 **Gender:** Siobhán Foran (IASC GenCap Project)
- 5 **Isu-isu psikososial:** Mark van Ommeren (World Health Organisation) dan Mike Wessells (Columbia University)
- 6 **HIV dan AIDS:** Paul Spiegel (UNHCR)
- 7 **Lingkungan, perubahan iklim, dan pengurangan risiko bencana:** Anita van Breda (WWF) dan Nigel Timmins (Christian Aid)

Standar Pendamping Sphere

- 1 **Pendidikan:** Jennifer Hofmann dan Tzvetomira Laub (keduanya dari INEE)
- 2 **Ternak:** Cathy Watson (LEGS)
- 3 **Pemulihan ekonomi:** Tracy Gerstle dan Laura Meissner (keduanya dari SEEP network)

Narasumber-narasumber

- 1 **Pemulihan dini:** Maria Olga Gonzalez (UNDP/BCPR)
- 2 **Koordinasi dan pengelolaan kamp:** Gillian Dunn (IRC)
- 3 **Program pemberian uang tunai:** Nupur Kukrety (Tunai Learning Partnership network)

Sebagai tambahan, beberapa orang juga menjadi konsultan untuk masalah kerjasama sipil-militer, kepekaan konflik, dan masalah perkotaan.

Kelompok kerja dan kelompok bahan rujukan dikembangkan untuk mendukung kelompok utama dalam pekerjaan mereka; *The Sphere Project* memberikan penghargaan terhadap kontribusi yang diberikan oleh orang-orang ini, walaupun nama-nama mereka tidak dicantumkan. Meskipun demikian, daftar lengkap dari anggota kelompok kerja dan anggota kelompok bahan rujukan dapat ditemukan di website Sphere : www.sphereproject.org

Editor: Phil Greaney, Sue Piffner, David Wilson.

Fasilitator lokakarya perbaikan: Raja Jarrah

Spesialis monitoring dan evaluasi: Claudia Schneider, SKAT

Dewan Pengarah Sphere (*berdasarkan data per 31 Desember 2010*)

Action by Churches Together (ACT) Alliance (John Nduna) * Agency Coordinating Body for Afghan Bantuan (ACBAR) (Laurent Saillard) * Aktion Deutschland Hilft (ADH) (Manuela Rossbach) * CARE International (Olivier Braunsteffer) * CARITAS Internationalis (Jan Weuts) * The International Council of Voluntary

Agencies (ICVA) (Ed Schenkenberg van Mierop) * International Rescue Committee (IRC) (Gillian Dunn) * InterAction (Linda Poteat) * Intermón Oxfam (Elena Sgorbati) * International Federation of the Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC) (Simon Eccleshall) * The Lutheran World Federation (LWF) (Rudelmar Bueno de Faria) * Policy Action Group on Emergency Response (PAGER) (Mia Vukojevic) * Plan International (Unni Krishnan) * Save the Children Alliance (Annie Foster) * Sphere India (N.M. Prusty) * The Salvation Army (Raelton Gibbs) * World Vision International (Ton van Zutphen).

Penyandang Dana

Berdasarkan kontribusi dari dewan organisasi yang sudah dicantumkan sebelumnya, penyandang dana untuk proses perbaikan Buku Pegangan ini adalah:

The Australian Agency for International Development (AusAID) * The European Community Kemanusiaan Office (ECHO) * The German Ministry of Foreign Affairs * The Spanish Ministry of Foreign Affairs * The Swiss Agency for Development and Cooperation (SDC) * The United Kingdom Department for International Development (DFID) * The United States Department of State Bureau of Refugees and Migration (US-PRM) * The United States Agency for International Development Office of Foreign Disaster Assistance (US-OFDA).

Tim Sphere Project

Manajer Proyek: John Damerell

Pengelolaan Training dan Pembelajaran: Verónica Foubert

Pengelolaan Materi dan Promosi: Aninia Nadig

Dukungan Training dan Promosi: Cécilia Furtade

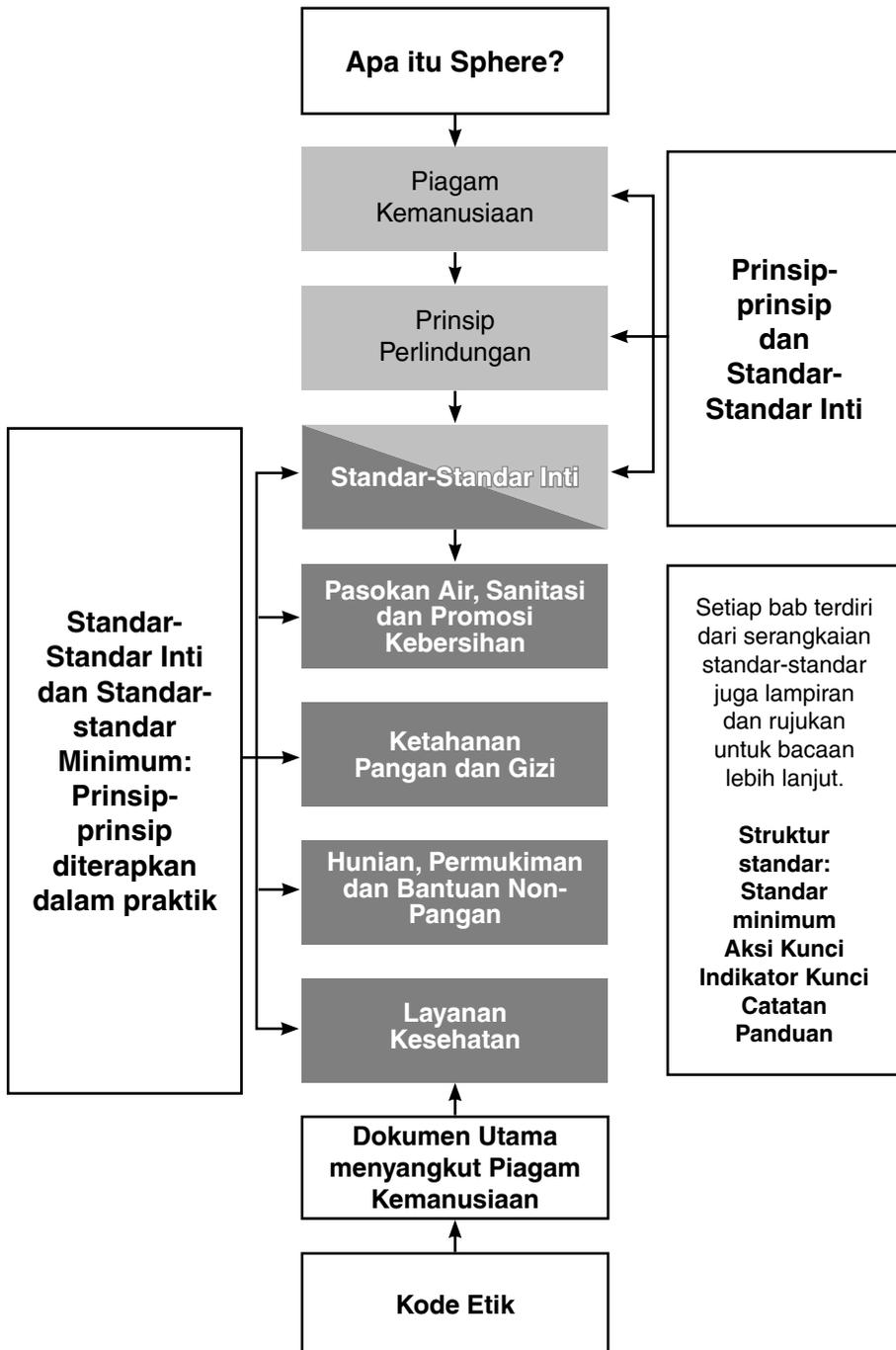
Kuangan dan Administrasi: Lydia Beauquis

Pada berbagai tahapan proses perbaikan Buku Pegangan ini, tambahan dukungan diberikan oleh Alison Joyner, Hani Eskandar, dan Laura Lopez.

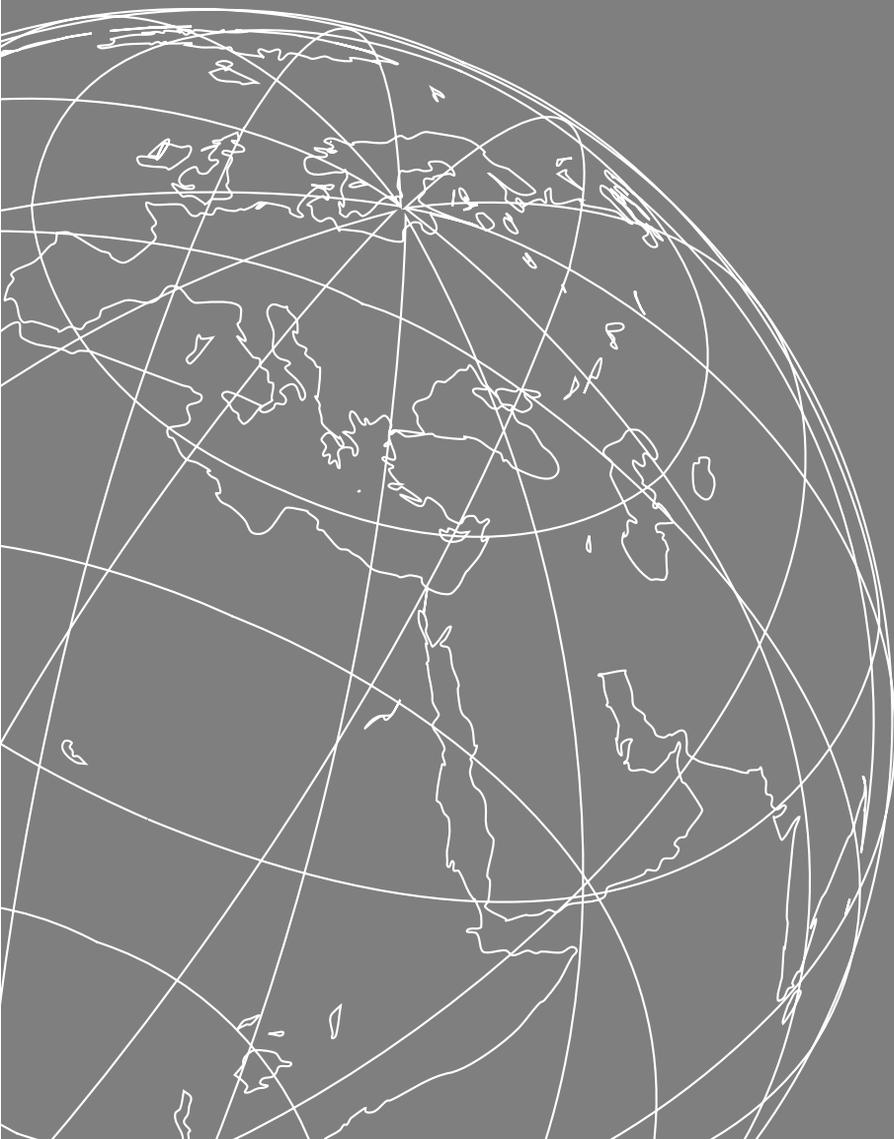
Daftar Isi

Apa Itu Sphere?	3
Piagam Kemanusiaan	19
Prinsip-Prinsip Perlindungan	25
Standar-Standar Inti	47
Standar Minimum dalam Pasokan Air, Sanitasi, dan Promosi Kebersihan	128
Standar Minimum Ketahanan Pangan dan Gizi	145
Standar Minimum Hunian, Penampungan, dan Barang-Barang Bantuan Non Pangan	249
Standar Minimum Layanan Kesehatan	303
LAMPIRAN-LAMPIRAN.....	373
Lampiran 1 Dokumen Utama Mengenai Piagam Kemanusiaan.....	374
Lampiran 2 Kode etik Gerakan Palang Merah dan Bulan Sabit Merah dan Organisasi Non-Pemerintah (ORNOP) Kemanusiaan	387
Lampiran 3 Daftar Singkatan.....	396
INDEKS	401

Buku Pegangan



Apa itu *Sphere*?



Apa itu *Sphere*?

Proyek Sphere dan buku pegangannya dikenal karena memasukkan pertimbangan mutu dan akuntabilitas dalam respons kemanusiaan. Apa sebenarnya asal muasal dari *Proyek Sphere*? Apa landasan filsafatnya dan pendekatan yang diambil? Mengapa dan bagaimana buku pegangan ini disusun? Apa posisinya dalam khasanah tindakan kemanusiaan? Dan siapa dan kapan harus digunakan? Bab ini berusaha memberikan jawaban terhadap beberapa dari pertanyaan kunci di atas. Lebih jauh lagi, bab ini menjelaskan secara rinci struktur buku pegangan dan bagaimana cara penggunaannya dan bagaimana Anda atau organisasi Anda dapat memenuhi standar minimum Sphere.

Falsafah *Proyek Sphere*: Hak untuk hidup bermartabat

Proyek Sphere – atau ‘*Sphere*’ – dimulai pada tahun 1997 oleh sekelompok organisasi non-pemerintah (NGOs) - kemanusiaan dan Gerakan Palang Merah dan Bulan Sabit Merah Sedunia. Tujuannya adalah untuk meningkatkan mutu tindakan mereka saat tanggap darurat dan mempertanggungjawabkan akuntabilitas mereka. Mereka mendasarkan falsafah *Sphere* pada **dua pemahaman dasar**: pertama, yaitu mereka yang terkena bencana atau konflik mempunyai hak asasi untuk hidup bermartabat dan, oleh sebab itu berhak untuk mendapat bantuan; dan kedua, bahwa semua langkah yang memungkinkan harus diambil untuk meringankan beban penderitaan manusia akibat bencana atau konflik.

Dalam rangka mendukung dua pemahaman dasar ini, *Proyek Sphere* menyusun Piagam Kemanusiaan dan mengidentifikasi sejumlah **Standar Minimum** untuk sektor-sektor kunci penyelamatan yang sekarang tercermin dalam keempat bab teknis buku pegangan: pasokan air, sanitasi, dan promosi kebersihan; ketahanan pangan dan gizi; hunian, permukiman dan bantuan non-pangan; dan kesehatan. **Standar Inti** adalah standar proses dan digunakan dalam seluruh bab teknis.

Standar Minimum ini berdasar bukti dan mewakili konsensus lintas sektor tentang praktik-praktik terbaik dalam aksi kemanusiaan. Aksi kunci, indikator kunci dan catatan-catatan panduan (dijabarkan dalam bagian ‘Cara menggunakan standar’) disertakan dalam tiap standar, juga disertakan panduan tentang bagaimana cara mencapainya.



Standar Minimum menggambarkan kondisi-kondisi yang harus dicapai dalam semua aksi kemanusiaan supaya penduduk yang terkena bencana dapat bertahan dan pulih ke kondisi stabil dan bermartabat. Pelibatan **penduduk yang terkena bencana** melalui proses konsultasi merupakan **dasar** dari falsafah Sphere. Oleh sebab itu *Proyek Sphere* dikenal sebagai salah satu dari terobosan awal yang kini disebut sebagai inisiatif mutu **dan akuntabilitas**.

Piagam Kemanusiaan dan Standar Minimum dipublikasikan bersama sebagai Buku Pegangan edisi terakhir yang Anda baca saat ini. Buku Pegangan *Sphere* dirancang untuk tahap perencanaan, pelaksanaan, pengawasan, dan evaluasi dalam masa tanggap darurat kemanusiaan. Pegangan ini juga menjadi alat advokasi pada pihak yang berwenang untuk negosiasi ruang gerak kemanusiaan dan penyediaan sumber daya. Lebih jauh lagi, pegangan ini dapat digunakan untuk kegiatan kesiapsiagaan bencana dan perencanaan kontinjensi, seiring dengan semakin banyaknya penyandang dana yang meminta diintegrasikannya standar-standar tersebut sebagai prasyarat pelaporan.

Pegangan ini tidak menjadi milik organisasi mana pun, oleh sebab itu, buku Pegangan ini dengan mudah diterima luas oleh seluruh sektor kemanusiaan. Buku ini telah menjadi pegangan yang pertama kali dikenal luas di dunia internasional dan diakui sebagai standar responsaksi kemanusiaan dan dipakai sebagai alat komunikasi dan koordinasi antar-lembaga.

Sphere pertama kali dipublikasikan pada tahun 2000, kemudian perbaikan dilakukan di tahun 2003 dan 2009–2010. Selama proses perbaikan, konsultasi lintas sektor secara meluas dilakukan, dengan melibatkan berbagai lembaga, organisasi, dan perorangan, termasuk badan-badan pemerintah dan PBB.

Pengguna utama Buku Pegangan *Sphere* adalah para praktisi di bidang perencanaan, manajemen atau penyelenggara aksi kemanusiaan, termasuk pekerja dan relawan lokal, lembaga kemanusiaan nasional dan internasional. Standar Minimum ini juga seringkali dipakai sebagai rujukan pada saat penggalangan dana dan penyusunan proposal proyek.

Pelaku lain, seperti pemerintah dan pemerintah daerah, sektor militer atau swasta, juga dianjurkan untuk menggunakan Buku Pegangan *Sphere*. Hal ini mungkin akan berguna dalam mengarahkan tindakan yang akan diambil, juga untuk memahami standar yang dipakai oleh lembaga-lembaga kemanusiaan lain yang bekerja sama dengan mereka.

Buku Pegangan: Refleksi Nilai-nilai *Sphere*

Struktur buku Pegangan ini menggambarkan tujuan *Sphere* untuk mendasarkan aksi kemanusiaan pada pendekatan berbasis hak asasi dan partisipasi.

Piagam Kemanusiaan, Prinsip Perlindungan dan Standar Inti

Piagam Kemanusiaan, Prinsip Perlindungan dan Standar Inti menuturkan pendekatan *Sphere* yang berbasis hak asasi dan berpusat pada masyarakat dalam aksi kemanusiaan. *Sphere* menekankan pentingnya keterlibatan penduduk yang terkena bencana dan pemerintah daerah serta nasional dalam seluruh tahapan tanggap darurat. Prinsip Perlindungan dan Standar-Standar Inti dikelompokkan pada awal buku pegangan untuk mencegah pengulangannya pada setiap bab teknis. Para pengguna *Sphere*, termasuk para pakar salah satu bidang teknis, harus menimbanginya sebagai bagian terpadu dalam bab-bab teknis.

Batu penjurur dari buku pegangan ini adalah **Piagam Kemanusiaan** (lihat daftar dokumen hukum dan kebijakan pada Lampiran 1). Piagam Kemanusiaan menyediakan latar belakang etis dan hukum untuk Prinsip Perlindungan, Standar Inti dan Standar-standar Minimum, sehingga mengarahkan kita pada pemahaman dan penerapan yang benar. Piagam ini merupakan pernyataan hak atas hukum dan kewajiban, dan pemahaman serta komitmen yang sama badan-badan kemanusiaan, yang dihimpun dalam sebuah kumpulan **prinsip umum, hak dan kewajiban**. Dengan berlandaskan pada prinsip dan amanah kemanusiaan, termasuk hak untuk hidup bermartabat; hak untuk mendapat bantuan kemanusiaan; dan hak untuk mendapat perlindungan dan keamanan. Piagam ini juga menekankan pentingnya **akuntabilitas organisasi terhadap penduduk yang terkena bencana**. Standar Inti dan Standar Minimum merupakan pernyataan dari prinsip-prinsip dan kewajiban praktik.

Piagam Kemanusiaan menjelaskan mengapa bantuan dan perlindungan merupakan pilar penting dalam aksi kemanusiaan. Untuk lebih menjelaskan aspek perlindungan ini, dalam buku pegangan ini dicantumkan sekumpulan **Prinsip Perlindungan**, yang menerjemahkan prinsip-prinsip hukum dan hak-hak yang dijelaskan dalam Piagam Kemanusiaan menjadi strategi dan aksi kemanusiaan dalam perspektif perlindungan. Perlindungan merupakan bagian inti dari aksi kemanusiaan dan prinsip perlindungan menggarisbawahi tanggung jawab badan-badan kemanusiaan dalam menjamin kegiatan yang mereka selenggarakan dengan mempertimbangkan ancaman-ancaman yang biasa muncul pada saat bencana atau konflik terhadap penduduk yang tertimpa bencana.

Semua badan kemanusiaan harus memastikan agar tindakan-tindakan mereka tidak mendatangkan kesusahan lebih lanjut kepada penduduk yang terkena bencana (Prinsip Perlindungan 1), menguntungkan bagi mereka yang paling terkena dampak dan rentan (Prinsip Perlindungan 2), berkontribusi pada perlindungan penduduk yang terkena bencana dari kekerasan dan pelanggaran hak asasi manusia lainnya (Prinsip Perlindungan 3), dan membantu pemulihan korban dari kekerasan (Prinsip Perlindungan 4). Peran dan tanggung jawab badan kemanusiaan dalam bidang perlindungan adalah secara umum pelengkap terhadap tanggung jawab hukum negara atau pihak berwenang lainnya. Tindakan perlindungan seringkali melibatkan langkah untuk mengingatkan para pihak berwenang tersebut tentang tanggung jawab.



Standar Inti adalah kumpulan pertama dari Standar Minimum dan mendasari standar-standar yang lain. Di sini digambarkan bagaimana proses dan pendekatan yang diambil selama aksi kemanusiaan merupakan hal yang mendasar untuk respons yang efektif. Fokus pada kapasitas dan partisipasi aktif dari mereka yang terkena bencana atau konflik, analisis komprehensif dan pemahaman tentang kebutuhan dan konteks, koordinasi efektif antar-lembaga, komitmen untuk selalu meningkatkan kinerja, dan pekerja kemanusiaan yang berkeahlian tepat dan mendapat dukungan merupakan faktor penting untuk mencapai standar teknis.

Prinsip Perlindungan dan Standar Inti dikelompokkan bersama di awal buku Pegangan ini supaya tidak diulang kembali di bab teknis berikutnya. Hal ini menentukan kegiatan kemanusiaan dan **harus digunakan bersama bab-bab teknis**. Kedua hal di atas penting dalam mencapai standar teknis dengan semangat pelayanan bermutu dan akuntabilitas terhadap penduduk yang terkena bencana.

Standar Inti dan Standar Minimum dalam Keempat Bab Teknis

Standar Inti dan Standar Minimum **melingkupi** pendekatan pada program dan keempat kumpulan kegiatan penyelamatan: pasokan air, sanitasi, dan promosi kebersihan; ketahanan pangan dan gizi; hunian, permukiman, dan bantuan non-pangan; dan kesehatan.

Bagaimana Cara Menggunakan Standar

Inti dan Standar Minimum mengikuti format khusus. Dimulai dengan sebuah pernyataan umum dan universal – standar minimum – diikuti oleh rangkaian aksi kunci, indikator kunci, dan catatan panduan.

Pertama, **standar minimum** dinyatakan. Setiap standar disarikan dari prinsip bahwa penduduk terkena bencana mempunyai hak untuk hidup bermartabat. Secara alamiah bersifat kualitatif dan merumuskan tingkat minimum yang harus dicapai dalam aksi kemanusiaan. Wacana ini bersifat umum dan dapat diterapkan pada setiap situasi. Oleh sebab itu, dirumuskan dalam rumusan yang bersifat umum.

Selanjutnya, beberapa aksi **kunci** praktis yang disarankan untuk mencapai standar minimum. Tidak semua saran ini dapat diterapkan dalam semua situasi, dan tergantung pada pelaku/praktisi untuk memilih kegiatan yang cocok dan merumuskan kegiatan alternatif untuk mencapai standar minimum.

Kemudian, sekumpulan **indikator kunci** menjadi 'isyarat yang menandai apakah sebuah standar telah terpenuhi, untuk mengukur dan menceritakan tentang proses dan hasil dari aksi kunci. Indikator kunci terkait dengan standar minimum, bukan aksi kunci.

Akhirnya, **catatan panduan**, termasuk hal-hal sesuai konteks untuk menjadi pertimbangan saat berusaha memenuhi aksi kunci dan indikator kunci, memberikan petunjuk untuk mengatasi kesulitan-kesulitan praktis, batasan kriteria, atau nasihat untuk prioritas dan tema/isu lintas sektor. Dalam catatan ini juga dapat ditemukan isu kritis terkait standar, tindakan, atau indikator dan menggambarkan dilema, kontroversi, atau kesenjangan dari pengetahuan saat ini, tapi tidak memberikan petunjuk tentang pelaksanaan kegiatan tertentu.

Pengenalan singkat ke bab-bab berikutnya menggambarkan isu besar terkait. Bab tentang standar minimum teknis juga mengandung lembar tambahan seperti, contohnya, daftar isian kajian, rumusan, tabel-tabel dan contoh-contoh formulir pelaporan. Setiap bab diakhiri dengan bahan rujukan dan rekomendasi bacaan. Daftar Singkatan atau *Glossary* untuk buku pegangan ini dapat dijumpai di website *Sphere*.

Keseluruhan bab ini saling terkait. Seringkali, standar yang disebutkan di salah satu sektor harus dikaitkan dengan standar di sektor lain, oleh sebab itu, buku pegangan ini memiliki berbagai bahan rujukan silang.

Kepatuhan terhadap Standar Minimum *Sphere*

Buku Pegangan *Sphere* adalah kaidah yang bersifat sukarela dan alat yang dapat mengatur sendiri mutu dan akuntabilitas. *Proyek Sphere* tidak memiliki mekanisme sanksi. Tidak ada aturan untuk mendaftar pada *Sphere*, keanggotaan ataupun akreditasi. *Proyek Sphere* memang sengaja membuat pegangan yang tidak berorientasi sanksi atau wajib, supaya dapat mendorong rasa ikut memiliki yang seluas-luasnya.

Buku Pegangan ini tidak memberikan petunjuk praktis tentang bagaimana memberikan layanan tertentu (aksi-aksi kunci menyarankan berbagai kegiatan untuk mencapai standar tanpa merumuskan bagaimana cara melakukannya). Sebenarnya, buku ini hanya menjelaskan **apa yang harus ada** untuk menjamin sebuah kehidupan yang bermartabat bagi penduduk yang terkena bencana. Oleh sebab itu, tergantung dari tiap organisasi pelaksana untuk memilih sebuah sistem yang dapat memenuhi Standar Minimum *Sphere*. Beberapa organisasi menggunakan mekanisme internal saja, sementara organisasi lain memilih mekanisme *peer review*/eksternal. Beberapa jejaring organisasi menggunakan *Sphere* untuk melakukan evaluasi respons kolektif dalam bencana tertentu.

Mematuhi *Sphere* tidak berarti memenuhi semua standar dan indikator. Seberapa jauh sebuah organisasi dapat memenuhi standar bergantung pada berbagai faktor, yang terkadang di luar kendali mereka. Kadang-kadang kesulitan akses dalam menjangkau penduduk terkena bencana, kurangnya kerjasama pihak berwenang atau buruknya keamanan menyulitkan pemenuhan standar.

Jika kondisi kehidupan korban memang sudah di bawah standar sejak sebelum terjadinya bencana, lembaga akan mengalami kesulitan dalam



mengerahkan sumber daya untuk memenuhi standar. Dalam situasi seperti ini, pemenuhan fasilitas dasar bagi seluruh penduduk terkena bencana mungkin lebih penting daripada menyibukkan diri mencapai standar minimum yang malah hanya mencapai sebagian saja.

Terkadang dalam pemenuhan standar minimum malah melebihi kondisi umum masyarakat sekitar penduduk terkena bencana. Pemenuhan standar bagi penduduk terkena bencana memang penting, akan tetapi situasi seperti ini mensyaratkan perlunya kegiatan yang membantu masyarakat setempat dan dialog dengan para pemuka masyarakat. Apa yang tepat dan memungkinkan, sangatlah bergantung pada konteks.

Jika tidak dapat memenuhi standar, maka lembaga kemanusiaan harus:

- 1 Menjelaskan dalam laporan (kajian, evaluasi, dll.) tentang kesenjangan antara indikator *Sphere* yang relevan dan apa yang dipraktikkan di lapangan.
- 2 Menjelaskan alasan terjadinya kesenjangan tersebut dan perubahan yang harus dibuat
- 3 Kajian dampak negatif terhadap penduduk terkena bencana
- 4 Mengambil langkah mitigasi yang tepat untuk meminimalkan kerugian akibat dampak tersebut.

Dengan berkomitmen pada langkah-langkah di atas, maka dapat dikatakan bahwa organisasi tersebut telah menunjukkan upaya mereka dalam memenuhi falsafah *Sphere* dan standar minimum meskipun mereka tidak bisa memenuhi semua standarnya seperti yang dituliskan dalam buku pegangan.

Kedudukan *Sphere* dalam aksi kemanusiaan

Buku Pegangan *Sphere* dirancang untuk digunakan dalam aksi kemanusiaan untuk berbagai situasi seperti bencana alam, konflik, situasi yang terjadi mendadak dan pelan-pelan, lokasi pedesaan dan perkotaan, dan bencana kompleks politis di semua negara. Istilah 'bencana' sendiri telah mencakup semua situasi di atas dan pada situasi yang tepat, istilah 'konflik' digunakan. 'Penduduk' dapat berupa perorangan, keluarga, komunitas dan kelompok yang lebih luas. Oleh sebab itu, kita menggunakan istilah 'penduduk terkena bencana' dalam buku Pegangan ini.

Kapan Buku Pegangan *Sphere* Digunakan

Jika dilihat dari sudut periode aksi **kemanusiaan**, Standar Minimum *Sphere* melingkupi kegiatan-kegiatan pemenuhan kebutuhan bertahan hidup penduduk. Tahap ini dapat berjalan beberapa hari atau minggu bahkan bulan atau tahun, terutama dalam konteks konflik berkepanjangan dan pengungsian. Oleh sebab itu, sangatlah sulit memberikan batasan waktu dalam penggunaan *Sphere*.

Meski demikian, buku ini memiliki posisi khusus dalam kancah aksi **kemanusiaan**, yang melampaui kegiatan penyediaan bantuan darurat saja dan melingkupi serangkaian kegiatan sejak kesiapsiagaan bencana, tindakan tanggap darurat, hingga pemulihan dini. Sebagai alat bahan rujukan, buku ini juga berguna pada tahap kesiapsiagaan bencana dan pemulihan dini, yang membentuk kerangka konsep aksi kemanusiaan tapi pada kenyataannya harus dikerjakan secara bersamaan.

Kesiapsiagaan Bencana mengharuskan para pelaku – pemerintah, organisasi kemanusiaan, organisasi masyarakat sipil lokal, komunitas, dan individu – untuk mempunyai kapasitas, hubungan dan pengetahuan untuk siap-siaga dan melakukan tindakan tanggap darurat efektif terhadap bencana dan konflik. Sebelum dan selama masa tanggap darurat, mereka sudah harus mengambil langkah-langkah yang dapat meningkatkan kesiapsiagaan dan mengurangi risiko di masa yang akan datang. Setidaknya mereka harus siap untuk memenuhi Standar Minimum *Sphere* untuk bencana yang akan datang.

Pemulihan Dini adalah proses yang terjadi setelah bantuan tindakan tanggap darurat menuju pada pemulihan jangka panjang dan seringkali akan sangat efektif jika diantisipasi dan difasilitasi sejak pertama kali melakukan tindakan tanggap darurat. Menyadari pentingnya pemulihan dini, maka dalam buku ini pemulihan dini sering disebut di tiap kesempatan.

Perkembangan Sektor Kemanusiaan dan Dampaknya terhadap *Sphere*

Sejumlah perkembangan baru dalam sektor kemanusiaan dan bidang lain terkait telah tercatat dalam beberapa tahun terakhir, termasuk perubahan bencana alam dan konflik, bahkan dalam kegiatan kemanusiaan. Beberapa perkembangan yang menjadi pertimbangan perbaikan buku pegangan ini adalah:

- 1 berkembangnya fokus konsep dan operasi tanggap darurat daerah dan nasional dan meningkatnya kesadaran bahwa penduduk terkena bencana harus diajak berkonsultasi lebih dahulu dan harusnya dilakukan penguatan kapasitas tanggap darurat negara terkena bencana dan badan/lembaga nasional.
- 2 Kegiatan kemanusiaan yang lebih proaktif dalam menunjukkan **akuntabilitas**, khususnya terhadap penduduk terkena bencana, juga lebih proaktif dalam koordinasi, termasuk dalam proses reformasi kemanusiaan (pendekatan sistem kluster), di bawah naungan Komite Pengarah Antar-Lembaga (*Inter-Agency Standing Committee (IASC)*).
- 3 Meningkatnya perhatian pada isu dan tindakan **perlindungan**.
- 4 Meningkatnya kewaspadaan terhadap perpindahan penduduk besar-besaran sebagai dampak dari **bencana akibat perubahan iklim** dan kesadaran bahwa menurunnya mutu lingkungan yang meningkatkan kerentanan.

- 5 Menyadari bahwa **penduduk miskin perkotaan** bertumbuh dengan cepat dan mereka memiliki kerentanan tersendiri, khususnya terkait dengan perekonomian, keuangan, kerekatan sosial, dan ruang gerak.
- 6 Pendekatan baru untuk bantuan, seperti **pemberian uang tunai, kupon bantuan** dan pembelian lokal kebutuhan logistik sebagai ganti pengiriman bantuan kemanusiaan.
- 7 Meningkatnya pemahaman **pengurangan risiko bencana** sebagai sebuah sektor dan pendekatan.
- 8 Meningkatnya keterlibatan **militer** dalam aksi kemanusiaan, sehingga perlu dikembangkan panduan khusus dan strategi koordinasi untuk dialog antara pekerja kemanusiaan sipil dan militer.
- 9 Meningkatnya keterlibatan **sektor swasta** dalam aksi kemanusiaan juga memerlukan dikembangkannya panduan khusus dan strategi koordinasi untuk dialog, seperti antara masyarakat sipil dan militer.

Proyek Sphere juga membahas perkembangan baru ini di dalam buku – khususnya **isu yang muncul** terkait pemberian uang tunai, pemulihan dini, dan relasi sipil-militer.

Memahami Konteks Situasi dalam Aksi kemanusiaan

Aksi kemanusiaan yang efektif harus dibangun dari kajian yang komprehensif dan kontekstual (kajian, pengawasan, dan evaluasi), dalam rangka **menganalisis kebutuhan korban, kerentanan, dan kapasitas di setiap konteks.**

Buku ini dirancang untuk mengenali konteks yang berbeda dan mudah untuk diadaptasi: membantu para praktisi dalam merefleksi diri saat berupaya menerapkan standar yang sudah diterima secara universal ini dalam situasi konkret atau konteks di lapangan, dengan perhatian khusus pada kerentanan dan kemampuan.

Tidak semua individu yang menjadi korban bencana mempunyai kontrol yang setara atas sumber daya dan kekuasaan. Setiap orang mengalami dampaknya secara berbeda karena suku, agama, atau bahkan afiliasi politik mereka. Pengungsian dapat membuat rentan bagi beberapa orang yang dalam situasi normal tidak berisiko. Perempuan, anak-anak dan lanjut usia, orang berkebutuhan khusus dan ODHA mungkin tidak mendapat akses terhadap bantuan vital atau untuk didengar karena kondisi fisik, budaya dan/atau batasan sosial. Berbagai pengalaman telah membuktikan bahwa memperlakukan setiap orang yang berada dalam daftar panjang kelompok rentan dapat mendorong intervensi yang terpilah dan tidak efektif, yang melalaikan adanya tumpang tindih kerentanan dan perubahan dari risiko kerentanan seiring waktu, bahkan dalam krisis yang sama.

Upaya bantuan kemanusiaan saat tanggap darurat dan pemulihan juga harus mempertimbangkan risiko ancaman bahaya di masa yang akan datang dan



kerentanan supaya dapat membangun kembali masyarakat secara aman dan meningkatkan ketahanan. Di berbagai belahan dunia, perubahan iklim telah mulai menunjukkan dampak pada pola risiko; pengetahuan lama tentang ancaman bahaya, kerentanan, dan kapasitas perlu dikombinasikan dengan kajian risiko iklim di masa yang akan datang.

Buku pegangan ini juga menjawab sejumlah isu lintas sektor supaya dapat melakukan tindakan tanggap dengan baik di setiap situasi bencana yang unik dan kerentanan khusus dan kapasitas dari korban bencana. Isu seperti **anak-anak, gender, lanjut usia, HIV dan AIDS, orang berkebutuhan khusus**, dan **dukungan psikososial** terkait dengan kerentanan individu dan subkelompok. **Pengurangan Risiko Bencana** (termasuk **perubahan iklim**) dan **lingkungan hidup** merupakan isu kerentanan yang menimpa seluruh penduduk yang terkena bencana. Pada bagian akhir dari Pendahuluan ini, setiap tema akan digambarkan lebih jelas.

Keterkaitan dengan Standar Kemanusiaan Lain

Untuk menjaga Buku Pegangan *Sphere* tetap sebagai sebuah edisi dengan ukuran yang memadai, fokus tetap pada keempat sektor utama aksi kemanusiaan. Sektor-sektor lain yang terkait dan menjadi bagian dari aksi kemanusiaan yang efektif telah tersedia standar sendiri. Beberapa di antaranya telah dicantumkan dalam **Standar Sandingan Sphere** yang dipublikasikan dalam edisi terpisah, tapi dikembangkan melalui proses konsultasi yang sama ketatnya seperti *Sphere* – Standar Minimum Pendidikan: Kesiapsiagaan, Tanggap Darurat, Pemulihan dari Jejaring Antar Lembaga Pendidikan untuk Bencana (*Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE)*), Jejaring Pendidikan dan Promosi Usaha Kecil (SEEP), Panduan & Standar Darurat untuk Ternak (*Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS)*).

Pendidikan Bencana dapat memberikan dampak ketahanan hidup dan keselamatan jiwa. Dukungan psikososial dan perlindungan terhadap eksploitasi dan bahaya yang diberikan di tempat aman memberikan rasa normal bagi korban bencana. Dapat juga digunakan untuk menyampaikan pesan tentang keselamatan, keterampilan hidup dan informasi penting untuk kesehatan dan kebersihan. Standar Minimum INEE untuk Pendidikan: Kesiapsiagaan, Tanggap Darurat, Pemulihan, pertama kali dipublikasikan pada tahun 2004 dan diperbarui pada tahun 2010, telah menjadi **Standar Sandingan Sphere**, sejak 2008. Hal ini memberikan kerangka kerja yang menjamin keterkaitan kritis antara pendidikan dan kesehatan, air, sanitasi dan kebersihan, gizi, permukiman dan perlindungan, dan untuk meningkatkan keamanan, mutu, dan akuntabilitas dari pendidikan kesiapsiagaan dan penanggulangan bencana.

Pengembangan usaha kecil dan ternak dijelaskan dalam Standar Minimum untuk Pemulihan Ekonomi Sesudah Krisis yang telah dibuat oleh Jejaring SEEP dan Panduan dan Standar Darurat untuk Ternak (LEGS). Kedua Standar

Minimum ini telah ditunggu penetapannya sebagai **Standar Sandingan Sphere** di tahun 2011.

Jika digunakan bersamaan, Standar Sandingan *Sphere* ini akan meningkatkan mutu bantuan yang diberikan kepada penduduk terkena bencana atau konflik. Panduan terkait dari standar INEE, SEEP, dan LEGS telah diintegrasikan dan dijadikan bahan rujukan berulang-ulang dalam buku pegangan ini.

Badan, koalisi, dan jejaring lain telah menerbitkan standar-standar lain dan aturan untuk memenuhi kebutuhan operasional tertentu, misalnya mandat khusus badan, keahlian teknis, atau kesenjangan dalam pegangan. Jika topiknya sesuai, standar-standar ini disebutkan dalam bab teknis buku pegangan.

Proyek Sphere merupakan bagian dari kelompok pemrakarsa **mutu dan akuntabilitas** dalam sektor kemanusiaan, dan memiliki hubungan kerja yang dekat dengan *Proyek Emergency Capacity Building (ECB)*, yang telah menerbitkan *Panduan Cukup Baik*, dan *Humanitarian Accountability Partnership (HAP)*, yang berurusan dengan isu kepatuhan sesuai dengan Standar Pengelolaan Kemanusiaan untuk Akuntabilitas dan Mutu. Inisiatif diskusi lain yang diikuti secara reguler oleh *Sphere* adalah *People In Aid*, *Groupe URD (Urgence, Réhabilitation, Développement)*, *Coordination Sud and the Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP)*.

Jangkauan Buku Pegangan

Buku pegangan ini merupakan alat *Proyek Sphere* yang paling utama dan paling sering digunakan. Buku pegangan ini juga dapat diakses secara elektronik melalui website Sphere (www.sphereproject.org), tempat Anda akan dapat memperoleh berita terhangat dan informasi tentang versi terakhir dan sumber bacaan lain.

Buku Pegangan ini dibuat dalam berbagai bahasa dan disertai berbagai pelatihan dan materi promosi; dan seringkali diadaptasi sesuai konteks lokal berdasarkan pada pengalaman para praktisi. Hal ini menggambarkan hidupnya *komunitas Sphere*, yang terkadang informal, tidak erat terhubung dan selalu meluasnya jejaring yang telah memelihara semangat *Sphere* tetap hidup. *Proyek Sphere* diawali oleh kebutuhan untuk memperbaiki aksi kemanusiaan untuk pemenuhan hak asasi dan kebutuhan penduduk terkena bencana atau konflik dan bertanggung jawab terhadap mereka. *Proyek Sphere* telah mengalami kemajuan besar sejak pembuatannya, tapi buku Pegangan saja tidak akan mencapai ini – hanya Anda sendiri yang bisa.



Garis Besar Isu Lintas Sektor

Isu lintas sektor dalam buku pegangan ini ditekankan pada beberapa area keprihatinan terhadap tindakan tanggap darurat dan menanggulangi isu kerentanan pada individu, kelompok, atau umum. Pada bagian ini, setiap tema akan digambarkan.

Anak-anak: Tindakan khusus harus diambil untuk menjamin semua anak terlindungi dari ancaman bahaya dan memperoleh akses setara untuk layanan dasar. Kelompok usia anak, oleh sebab itu, sangatlah penting untuk mempertimbangkan sudut pandang dan pengalaman mereka dalam kajian cepat masa tanggap darurat, perencanaan, pemberian layanan kemanusiaan, dan pengawasan dan evaluasi. Anak-anak dan pemuda sangat rentan terhadap dampak bahaya dari kerentanan mereka dalam situasi tertentu, seperti kekurangan gizi, eksploitasi, penculikan, dan rekrutmen sebagai anggota kelompok bersenjata dan kelompok perlawanan, kekerasan seksual, dan langkanya kesempatan untuk berpartisipasi dalam proses pengambilan keputusan. Konvensi Hak Anak menyatakan bahwa setiap anak di bawah usia 18 tahun tetap diperhitungkan sebagai individu. Definisi ini dapat berbeda bergantung pada konteks budaya dan sosial. Analisis mendalam tentang bagaimana penduduk terkena bencana mendefinisikan ‘anak’ harus dilakukan supaya tidak seorang anak pun atau orang muda terabaikan dari bantuan kemanusiaan.

Pengurangan Risiko Bencana: merupakan konsep dan praktik pengurangan risiko bencana melalui upaya sistematis dalam menganalisis dan menanggulangi faktor-faktor penyebab bencana, termasuk melalui pengurangan paparan terhadap ancaman bahaya, mengurangi kerentanan penduduk dan harta milik, pengelolaan tanah dan lingkungan yang bijaksana, dan meningkatnya kesiapsiagaan untuk kejadian-kejadian buruk, seperti misalnya bencana alam: badai, banjir, kekeringan, dan peningkatan permukaan ketinggian air laut. Karena tampaknya kejadian di atas semakin sering terjadi dan memburuk, fenomena ini mulai dianggap sebagai dampak dari **perubahan iklim global**.

Lingkungan Hidup: dipahami sebagai elemen dan proses fisik, kimia, dan biologi yang memengaruhi hidup dan penghidupan penduduk terkena bencana dan penduduk lokal. Lingkungan hidup menyediakan sumber daya alam yang mendukung individu dan berkontribusi pada kualitas hidup, mereka memerlukan perlindungan dan pengelolaan untuk mempertahankan fungsi utamanya. Standar minimum memenuhi kebutuhan untuk mencegah eksploitasi



berlebihan, polusi dan penurunan kondisi lingkungan, dan bertujuan untuk menjamin keberlangsungan fungsi daya dukung hidup dari lingkungan, mengurangi risiko dan kerentanan, dan mengenalkan mekanisme yang mengayomi kemampuan alamiah lingkungan untuk pemulihan diri.

Gender: merujuk pada fakta bahwa tiap setiap orang mengalami situasi secara berbeda sesuai dengan gendernya. **Jenis kelamin** merujuk pada ciri-ciri biologis perempuan dan laki-laki, bersifat alamiah, ditentukan sejak lahir dan, oleh sebab itu, biasanya tidak akan berubah dan bersifat universal.

Hak asasi antara perempuan dan laki-laki adalah setara seperti yang tercantum dalam dokumen Hak Asasi Manusia yang menyusun Piagam Kemanusiaan. Perempuan dan laki-laki memiliki hak yang sama atas bantuan kemanusiaan dan perlindungan, penghormatan atas martabat, pengakuan atas kapasitas yang setara termasuk kapasitas untuk memilih, kesempatan yang sama untuk melaksanakan pilihannya, dan kekuasaan yang sama untuk menentukan hasil dari kegiatan mereka. Aksi kemanusiaan akan lebih efektif bila didasarkan pada pemahaman akan perbedaan kebutuhan, kerentanan, kepentingan, kapasitas, dan strategi penyesuaian diri antara perempuan dan laki-laki, anak perempuan dan anak laki-laki dari segala kelompok umur, dan perbedaan dampak bencana atau konflik atas diri mereka. Pemahaman akan perbedaan ini, juga atas ketidaksetaraan antara peran dan beban kerja perempuan dan laki-laki, akses dan kendali atas sumber daya, kekuasaan pengambilan keputusan dan kesempatan untuk pengembangan keterampilan, dapat diperoleh dari analisis gender. Gender adalah isu lintas sektor. Tujuan kemanusiaan untuk kesebandingan dan ketidakberpihakan bermakna bahwa harus ada perhatian pada pencapaian keadilan antara perempuan dan laki-laki dan jaminan atas kesetaraan hasil. Sejarah menunjukkan bahwa perhatian pada relasi gender didorong atas kebutuhan untuk pemenuhan kebutuhan dan situasi perempuan dan anak perempuan yang memang biasanya lebih kurang menguntungkan dibanding laki-laki dan anak laki-laki. Tetapi, akhir-akhir ini, komunitas kemanusiaan mulai menyadari kebutuhan untuk memahami lebih lanjut apa yang dihadapi laki-laki dan anak laki-laki dalam situasi krisis.

HIV dan AIDS: mengetahui prevalensi HIV dalam konteks khusus kemanusiaan sangatlah penting untuk memahami kerentanan dan risiko dan perencanaan tanggap darurat yang lebih efektif. Sebagai tambahan dari golongan berisiko tinggi (seperti laki-laki yang

berhubungan seksual dengan laki-laki, pengguna obat dengan jarum suntik intravena, dan pekerja seks), yang seringkali memerlukan perlakuan khusus untuk melindungi mereka dari pengabaian, diskriminasi, dan kekerasan, pada konteks lain mungkin juga terdapat kelompok rentan lain seperti pengungsi, migran, remaja, dan janda. Pengungsian besar-besaran dapat menyebabkan meningkatnya kerentanan terhadap HIV dan risiko sebagai akibat terpisah dari keluarga dan rusaknya keterikatan komunitas dan norma-norma sosial dan seksual yang mengatur perilaku. Perempuan dan anak-anak mungkin dapat dieksploitasi oleh kelompok bersenjata dan secara khusus rentan terhadap HIV karena kekerasan dan eksploitasi seksual. Selama masa tanggap darurat, mungkin banyak orang tidak lagi mempunyai akses terhadap program pencegahan HIV dan terganggunya pasokan terapi anti-retroviral (ART), terapi tuberkulosis (TB), dan pencegahan dan pengobatan infeksi oportunistik.

Setiap orang dengan HIV AIDS (ODHA) seringkali mengalami diskriminasi dan stigma dan, oleh sebab itu, prinsip kerahasiaan harus dipatuhi dan tersedia perlindungan jika diperlukan. Kegiatan-kegiatan sektor dalam buku pegangan ini harus menyediakan intervensi HIV sesuai dengan prevalensi dan konteks, dan tidak meningkatkan kerentanan dan risiko terhadap HIV.

Lanjut Usia: Perempuan dan laki-laki lanjut usia adalah mereka yang berumur di atas 60 tahun, menurut PBB, tapi definisi 'lanjut usia' dapat berbeda sesuai dengan konteks setempat. Lanjut usia seringkali adalah kelompok termiskin dan terentan di negara berkembang dan merupakan proporsi penduduk yang besar dan bertambah besar pada populasi penduduk terkena bencana atau konflik (contoh, kelompok umur 80-an adalah kelompok umur yang bertumbuh paling cepat di dunia) dan meskipun begitu seringkali mereka diabaikan dalam penanggulangan bencana atau konflik. Keterasingan dan kelemahan fisik merupakan faktor penting yang memperburuk kerentanan lanjut usia di masa bencana atau konflik, selain dari terganggunya strategi penghidupan dan struktur dukung keluarga dan komunitas, masalah kesehatan kronis dan mobilitas, dan penurunan kesehatan mental. Upaya khusus harus dilakukan untuk mengidentifikasi dan menjangkau para lanjut usia yang terbaring di rumah dan yang menjadi kepala keluarga. Lanjut usia juga mempunyai sumbangan penting dalam rehabilitasi dan keselamatan/bertahan hidup. Mereka berperan penting sebagai pengasuh anak, pengurus sumber daya dan penghasil pemasukan, mempunyai pengetahuan dan pengalaman dalam komunitas untuk



strategi penyesuaian diri dan membantu untuk menjaga identitas budaya dan sosial.

Orang Berkebutuhan Khusus/Kelompok Difabel: WHO memperkirakan 7-10% penduduk dunia – termasuk anak-anak dan lansia – hidup dengan kecacatan. Bencana dan konflik dapat meningkatkan angka kejadian kecacatan dan difabel. Konvensi PBB tentang hak asasi setiap orang berkebutuhan khusus (CRPD) menyebutkan kebutuhan khusus sebagai konsep yang berevolusi sebagai akibat interaksi antara setiap orang dengan gangguan kecacatan (dapat berupa fisik, sensorik, intelektual, atau psikosial) dan halangan sikap dan lingkungan yang menghambat partisipasi penuh dan efektif dalam masyarakat secara setara dengan yang lain. Oleh sebab itu, keberadaan tembok-tembok penghalang ini menghambat kelompok berkebutuhan khusus untuk dapat berpartisipasi secara penuh dan bermakna, atau mendapat keuntungan dari, program-program bantuan kemanusiaan. CRPD yang baru telah lebih jelas lagi merujuk pada keselamatan dan perlindungan kelompok berkebutuhan khusus di masa konflik dan situasi darurat (CRPD, pasal 11).

Kelompok berkebutuhan khusus menghadapi risiko berganda dalam situasi bencana dan seringkali terabaikan dari proses penyelamatan/bantuan dan rehabilitasi. Pengabaian ini semakin mempersulit penggunaan dan partisipasi dalam layanan kemanusiaan standar saat bencana. Penting untuk diingat, kelompok berkebutuhan khusus terdiri dari beragam kelompok umur termasuk di dalamnya adalah anak-anak dan lanjut usia, sehingga kebutuhan mereka tidak bisa diukur dengan menggunakan satu ukuran untuk semua. Oleh sebab itu, aksi kemanusiaan harus mempertimbangkan kekhususan kemampuan, keahlian, sumber daya, dan pengetahuan tiap orang dengan tingkat dan tipe kecacatan yang berbeda. Juga penting untuk diingat bahwa kelompok berkebutuhan khusus juga memiliki kebutuhan dasar yang sama dengan kelompok lain dalam masyarakat. Sebagai tambahan, beberapa orang mungkin memiliki kebutuhan khusus, seperti penggantian alat bantu dan akses untuk layanan rehabilitasi. Lebih lanjut lagi, setiap tindakan yang diambil dengan sasaran kelompok berkebutuhan khusus tidak boleh mengarah pada pemisahan mereka dari keluarganya dan jejaring komunitasnya. Akan menjadi sebuah kehilangan kesempatan yang besar dalam membangun kembali komunitas jika hak asasi kelompok berkebutuhan khusus tidak dipertimbangkan dalam aksi kemanusiaan. Oleh sebab itu, sangatlah penting untuk mengikutsertakan kelompok berkebutuhan

khusus dalam setiap aspek aksi kemanusiaan dan pemulihan. Hal ini membutuhkan respons dengan sasaran yang sesuai serta pengarusutamaan isu yang tepat.

Dukungan Psikososial: Beberapa sumber terbesar dari kerentanan dan penderitaan di masa bencana timbul dari efek kompleks emosi, sosial, fisik, dan spiritual. Kebanyakan dari tindakan ini bersifat normal dan dapat diatasi seiring waktu. Sangatlah penting untuk menggerakkan dukungan lokal yang tepat di bidang kesehatan mental dan psikososial yang mempromosikan pemulihan diri, penyesuaian diri, dan ketahanan di antara penduduk terkena bencana. Kegiatan kemanusiaan akan diperkuat jika sedini mungkin penduduk terkena bencana dilibatkan dalam mengarahkan dan melaksanakan tanggap darurat. Dalam setiap sektor kemanusiaan, sikap saat memberikan bantuan memberikan dampak psikososial yang dapat mendukung atau malah mencelakakan penduduk terkena bencana. Bantuan harus disampaikan dengan penuh kasih yang meningkatkan harkat dan martabat, memungkinkan kemandirian melalui partisipasi aktif, penghormatan atas agama dan praktik budaya setempat, dan penguatan kemampuan komunitas untuk mendukung kesejahteraan secara menyeluruh.

Bahan Rujukan

UN Convention on the Rights of the Child: www2.ohchr.org/english/law/crc.htm

UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities: www.un.org/disabilities/

WHO on disabilities: www.who.int/disabilities/en/

Piagam Kemanusiaan



Piagam Kemanusiaan memuat landasan etika dan hukum bagi Prinsip-prinsip Perlindungan dan Prinsip Dasar serta Standar Inti dalam buku ini. Sebagian memuat pernyataan hak dan kewajiban hukum; sebagian lagi adalah pernyataan mengenai nilai-nilai bersama.

Tentang hak dan kewajiban hukum, Piagam ini menyimpulkan prinsip-prinsip dasar hukum yang menjadi dasar bagi jaminan kesejahteraan orang-orang yang terkena dampak bencana atau konflik.

Terkait dengan nilai-nilai bersama, Piagam ini mencoba merangkum konsensus di antara lembaga-lembaga kemanusiaan mengenai prinsip-prinsip yang seharusnya mengatur penanganan bencana atau konflik, termasuk peran dan tanggung jawab berbagai pelaku yang terlibat.

Piagam ini menjadi dasar komitmen bersama bagi lembaga-lembaga kemanusiaan yang mengesahkan *Sphere* dan menjadi ajakan bagi semua pihak untuk mengadopsi prinsip-prinsip yang sama.

Piagam Kemanusiaan

Nilai-nilai Kami

1. Piagam Kemanusiaan menyatakan keyakinan bersama kami sebagai lembaga kemanusiaan bahwa semua orang yang terkena dampak bencana atau konflik berhak mendapatkan perlindungan dan bantuan mendasar untuk hidup bermartabat. Kami percaya bahwa prinsip-prinsip yang termaktub dalam Piagam Kemanusiaan adalah universal, diterapkan bagi semua yang terkena dampak bencana dan konflik di mana pun berada, dan bagi semua yang mencari bantuan dan perlindungan keamanan. Prinsip-prinsip ini cerminan dari hukum internasional, namun kekuatan utamanya diperoleh dari prinsip dasar moral kemanusiaan: bahwa semua manusia lahir bebas dan setara dalam martabat dan hak-haknya. Berdasarkan prinsip ini, kami menegaskan keutamaan **amanah kemanusiaan** (hal-hal terkait kemanusiaan yang sangat penting dan mendesak): bahwa segala tindakan harus dilakukan guna mencegah atau meringankan penderitaan manusia yang disebabkan oleh bencana atau konflik, dan tak ada yang bisa mengesampingkan prinsip ini.

Sebagai lembaga kemanusiaan lokal, nasional, dan internasional, kami berkomitmen untuk mempromosikan dan mematuhi prinsip-prinsip dalam Piagam ini dan untuk memenuhi standar minimal dalam membantu dan melindungi penduduk terkena bencana.

Kami mengajak semua pihak yang terlibat dalam aksi kemanusiaan, termasuk pemerintah dan sektor swasta, untuk mengesahkan prinsip-prinsip umum, hak dan tugas di bawah ini sebagai pernyataan nilai kemanusiaan bersama.

Peran Kami

2. Kami mengakui bahwa pertama-tama atas usaha mereka sendiri dan atas dukungan dari komunitas dan lembaga-lembaga lokal, kebutuhan dasar penduduk terkena bencana dan konflik dapat terpenuhi. Kami mengakui tugas dan tanggung jawab utama dari negara yang terkena dampak bencana adalah menyediakan bantuan secepatnya kepada penduduk terkena bencana, memastikan perlindungan dan keamanan bagi mereka dan menyediakan dukungan untuk pemulihan. Kami percaya perpaduan tindakan resmi dari pemerintah dan kerelawanan adalah sangat penting bagi pencegahan dan tanggap darurat yang efektif. Dalam hal ini Organisasi Nasional Gerakan Palang Merah dan Bulan Sabit Merah Sedunia serta aktor masyarakat sipil lainnya memainkan peran penting untuk mendukung pemerintah. Apabila kapasitas nasional tidak memadai, kami menegaskan tentang peran komunitas internasional yang lebih luas, termasuk pemerintah donor dan organisasi-organisasi regional untuk membantu negara dalam memenuhi kewajibannya. Kami mengakui dan mendukung peran khusus yang dijalankan oleh lembaga-lembaga yang dimandatkan oleh Perserikatan Bangsa Bangsa dan Komite Internasional Palang Merah.

3. Sebagai lembaga kemanusiaan, kami mendefinisikan peran kami dalam kaitannya dengan kebutuhan dan kapasitas penduduk terkena bencana dan tanggung jawab pemerintah atau pihak berwenang. Peran kami untuk menyediakan bantuan menggambarkan kenyataan bahwa para penanggung jawab utama tidak selalu mampu menjalankan peran ini atau tidak bersedia menjalankannya. Sejauh mungkin, dengan tetap konsisten pada pemenuhan amanah kemanusiaan dan prinsip-prinsip lain yang termaktub dalam Piagam ini, kami akan mendukung upaya-upaya yang dilakukan oleh otoritas terkait untuk melindungi dan membantu penduduk yang terkena dampak bencana. Kami mengajak seluruh aktor negara dan non-negara untuk menghormati ketidakberpihakan, kemandirian, dan peran non-partisan dari lembaga-lembaga kemanusiaan dan memudahkan pekerjaan lembaga-lembaga tersebut melalui penghapusan hambatan hukum dan praktis, menjamin keamanan serta memberikan akses yang tepat waktu dan konsisten pada penduduk terkena bencana.

Prinsip-prinsip Umum, Hak dan Tugas

4. Kami menawarkan pelayanan kami sebagai lembaga kemanusiaan berdasarkan prinsip kemanusiaan dan amanah kemanusiaan, mengakui hak-hak penduduk terkena bencana atau konflik – perempuan dan laki-laki, anak laki-laki dan anak perempuan. Termasuk di dalamnya hak atas perlindungan dan bantuan seperti tercermin dalam ketentuan-ketentuan hukum kemanusiaan internasional, hak asasi manusia dan hukum pengungsi internasional. Guna keperluan Piagam ini, kami meringkas hak-hak tersebut sebagai berikut:



- 1 ***hak hidup yang bermartabat***
- 2 ***hak untuk mendapatkan bantuan kemanusiaan***
- 3 ***hak atas perlindungan dan keamanan.***

Meski hak-hak ini tidak dirumuskan dalam bentuk-bentuk seperti dalam hukum internasional, hak-hak tersebut merangkum berbagai hak hukum yang ada dan memberi kelengkapan mendasar pada hal-hal terkait kemanusiaan yang sangat penting dan mendesak.

5. **Hak atas hidup yang bermartabat** tercermin dalam ketentuan-ketentuan hukum internasional, dan secara khusus dalam berbagai ketentuan hak asasi manusia mengenai hak atas hidup, standar hidup yang layak dan bebas dari peniksaan atau kekejaman dan perlakuan atau hukuman yang tidak manusiawi atau merendahkan. Hak atas hidup membutuhkan adanya tugas untuk mempertahankan hidup jika terancam. Secara tersirat adalah tugas untuk tidak menahan dan mengganggu bantuan bagi penyelamatan hidup. Martabat memerlukan lebih dari sekadar kesejahteraan fisik; tapi juga menuntut perilaku hormat terhadap keutuhan individu, termasuk nilai dan kepercayaan dari para individu dan komunitas terdampak, dan hormat terhadap hak asasi mereka, termasuk kebebasan, kebebasan untuk menjalankan keyakinan pribadi dan ketaatan beragama.

6. Hak untuk mendapatkan bantuan kemanusiaan adalah elemen penting dari hak atas hidup yang bermartabat. Hak ini meliputi hak atas standar hidup yang layak, termasuk kelayakan makanan, air, pakaian, hunian, dan hal-hal terkait kesehatan, yang dijamin dalam hukum internasional. Standar Inti dan Standar Minimum *Sphere* mencerminkan hak-hak tersebut dan dinyatakan secara praktis, terutama terkait dengan penyediaan bantuan bagi mereka yang terkena dampak bencana atau konflik. Saat pelaku negara atau non-negara tidak menyediakan bantuan, kami percaya, bahwa mereka harus mempersilakan pihak lain untuk memberikan bantuan. Segala bantuan harus disediakan menurut prinsip ketidakberpihakan, bahwa bantuan hanya disediakan karena adanya kebutuhan dan proporsional menurut kebutuhan. Hal ini mencerminkan prinsip yang lebih luas yaitu non-diskriminasi: tak seorang pun dapat didiskriminasikan atas dasar statusnya, termasuk usia, gender, ras, etnis, orientasi seksual, bahasa, agama, ketidakmampuan secara fisik, status kesehatan, politik atau pandangan yang berbeda, kewarganegaraan atau asal-usul sosial.

7. Hak atas perlindungan dan keamanan berakar dari ketentuan-ketentuan dalam hukum internasional, seperti berbagai resolusi Perserikatan Bangsa-bangsa, dan di dalam tanggung jawab negara berdaulat untuk melindungi semua orang yang berada di bawah kewenangan hukumnya. Keselamatan dan keamanan semua orang dalam situasi bencana atau konflik menjadi perhatian khusus kemanusiaan, termasuk perlindungan bagi pengungsi dan pengungsi internal. Sebagaimana dikenali dalam hukum, sekelompok orang lebih rentan terhadap penyalahgunaan dan diskriminasi yang merugikan oleh karena status mereka seperti usia, gender, atau ras, dan mungkin membutuhkan tindakan

khusus perlindungan dan bantuan. Apabila sebuah negara kekurangan kapasitas untuk melindungi warganya dari hal-hal di atas, kami percaya bahwa bantuan internasional perlu untuk diminta.

Hukum mengenai perlindungan terhadap kelompok sipil dan pengungsi internal menuntut perhatian khusus antara lain:

(i) Pada masa konflik bersenjata sebagaimana didefinisikan oleh hukum kemanusiaan internasional, dibuat ketentuan hukum khusus untuk memberi perlindungan dan bantuan bagi mereka yang tidak terlibat dalam konflik. Khususnya, Konvensi Geneva 1949 dan Protokol Tambahan 1977 mewajibkan kepada para pihak yang terlibat dalam konflik bersenjata internasional dan non-internasional. Kami menekankan imunitas umum terhadap penyerangan dan pembalasan bagi penduduk sipil, dan secara khusus pentingnya prinsip **pembedaan** antara sipil dan pihak bersenjata, dan antara obyek sipil dan sasaran militer; prinsip **kesebandingan** dalam penggunaan kekuatan dan **pencegahan** dalam penyerangan; tugas untuk menahan diri dari penggunaan senjata yang sembarangan atau yang sifatnya menyebabkan luka berlebihan atau penderitaan yang tidak perlu; dan tugas untuk mengizinkan tersedianya bantuan yang imparsial. Dalam konflik bersenjata banyak penderitaan yang terjadi pada penduduk sipil, yang sebenarnya bisa dihindari, berasal dari kegagalan untuk memahami prinsip-prinsip dasar ini.

(ii) Hak untuk mencari suaka atau perlindungan tetap penting untuk melindungi orang-orang yang menghadapi penganiayaan atau kekerasan. Mereka yang terkena dampak bencana atau konflik seringkali dipaksa untuk meninggalkan rumah untuk mencari keamanan dan sarana penghidupan. Ketentuan dalam Konvensi 1951 mengenai Status Pengungsi (yang sudah diamandemen) dan perjanjian-perjanjian internasional dan regional memberikan perlindungan mendasar bagi orang-orang yang tidak dapat memperoleh perlindungan dari negara tempat mereka menjadi warga negaranya atau tempat mereka tinggal dan terpaksa mencari keamanan ke negara lain. Yang utama dari prinsip-prinsip di atas adalah prinsip **non-refoulement**: prinsip bahwa tak seorang pun bisa dikembalikan ke negaranya jika hidup, kebebasan atau keamanan fisik akan terancam atau jika mereka kemungkinan besar akan menghadapi penyiksaan atau kekejaman lain, perlakuan atau hukuman yang tidak manusiawi atau merendahkan. Prinsip yang sama berlaku meluas untuk pengungsi internal, sebagaimana dicerminkan dalam hukum hak asasi manusia internasional dan dijelaskan dalam Prinsip-prinsip Panduan 1998 mengenai Pengungsian Internal dan hukum regional dan nasional terkait.

Komitmen Kami

8. Kami menawarkan pelayanan kami berdasarkan keyakinan bahwa penduduk terkena bencana menjadi pusat aksi kemanusiaan, dan mengakui pentingnya partisipasi aktif mereka dalam memberikan bantuan yang paling sesuai dengan kebutuhan mereka, termasuk untuk kelompok rentan dan orang-orang yang terpinggirkan secara sosial. Kami akan berusaha keras untuk mendukung upaya-upaya lokal untuk mencegah, mempersiapkan dan menghadapi bencana, dan



akibat-akibat dari konflik, dan untuk menguatkan kapasitas aktor-aktor lokal di semua tingkatan.

9. Kami menyadari bahwa upaya untuk menyediakan bantuan kemanusiaan kadang-kadang mempunyai efek buruk yang tak diinginkan. Melalui kerja sama dengan masyarakat terkena dampak dan otoritas setempat, kami bertujuan untuk meminimalkan efek-efek negatif dari tindakan kemanusiaan terhadap komunitas lokal atau terhadap lingkungan. Sehubungan dengan konflik bersenjata, kami mengakui bahwa cara memberikan bantuan kemanusiaan mungkin berpotensi menjadikan penduduk sipil rentan terhadap serangan, atau mungkin pada suatu kesempatan membawa keuntungan yang tak disengaja pada salah satu atau lebih pihak dalam konflik. Kami berkomitmen untuk meminimalkan efek-efek buruk semacam itu, sejauh hal tersebut konsisten dengan prinsip-prinsip yang dijelaskan di atas.

10. Kami akan bertindak sesuai dengan prinsip-prinsip aksi kemanusiaan yang diatur dalam Piagam ini dan panduan khusus dalam Kode Etik Gerakan Palang Merah dan Bulan Sabit Merah Sedunia dan ORNOPKemanusiaan (1994).

11. Standar Inti *Sphere* dan Standar Minimum memberikan substansi praktis terhadap prinsip-prinsip umum dalam Piagam ini, berdasarkan pemahaman seluruh lembaga mengenai persyaratan minimal untuk hidup yang bermartabat dan pengalaman lembaga-lembaga tersebut dalam memberikan bantuan kemanusiaan. Meski tercapainya standar tergantung dari berbagai faktor, banyak di antaranya di luar kendali kami, namun kami berkomitmen untuk berupaya secara konsisten untuk mencapainya dan kami mengharapkan agar mampu akuntabel sesuai standar tersebut. Kami mengajak semua pihak, termasuk pemerintah yang terkena dampak dan pemerintah donor, organisasi-organisasi internasional, aktor swasta dan non-negara, untuk mengadopsi Standar Inti *Sphere* dan Standar Minimum sebagai norma bersama.

12. Dengan mengikuti Standar Inti dan Standar Minimum, kami berkomitmen untuk berupaya memastikan bahwa orang-orang yang terkena dampak bencana atau konflik memiliki akses setidaknya persyaratan minimal untuk hidup yang bermartabat dan aman, termasuk air, sanitasi, makanan, gizi, permukiman dan layanan kesehatan yang layak. Untuk tujuan ini, kami akan melanjutkan advokasi pada negara-negara dan pihak-pihak lain agar memenuhi kewajiban moral dan hukum terhadap populasi yang terkena dampak. Di bagian kami, kami bekerja untuk membuat tanggap darurat yang lebih efektif, mengena, dan akuntabel melalui pengkajian dan pemantauan yang bermutu atas perkembangan konteks lokal; melalui informasi dan pengambilan keputusan yang transparan; dan melalui koordinasi dan kerja sama yang lebih efektif dengan berbagai aktor terkait pada semua tingkatan, sebagaimana dijelaskan dalam Standar Inti dan Standar Minimum. Khususnya, kami berkomitmen untuk bekerja dalam kemitraan dengan penduduk terkena bencana, menekankan pada partisipasi aktif mereka dalam respons. Kami mengakui bahwa akuntabilitas mendasar kami adalah pada mereka yang kami bantu.

Prinsip-prinsip Perlindungan



Cara menggunakan bab ini

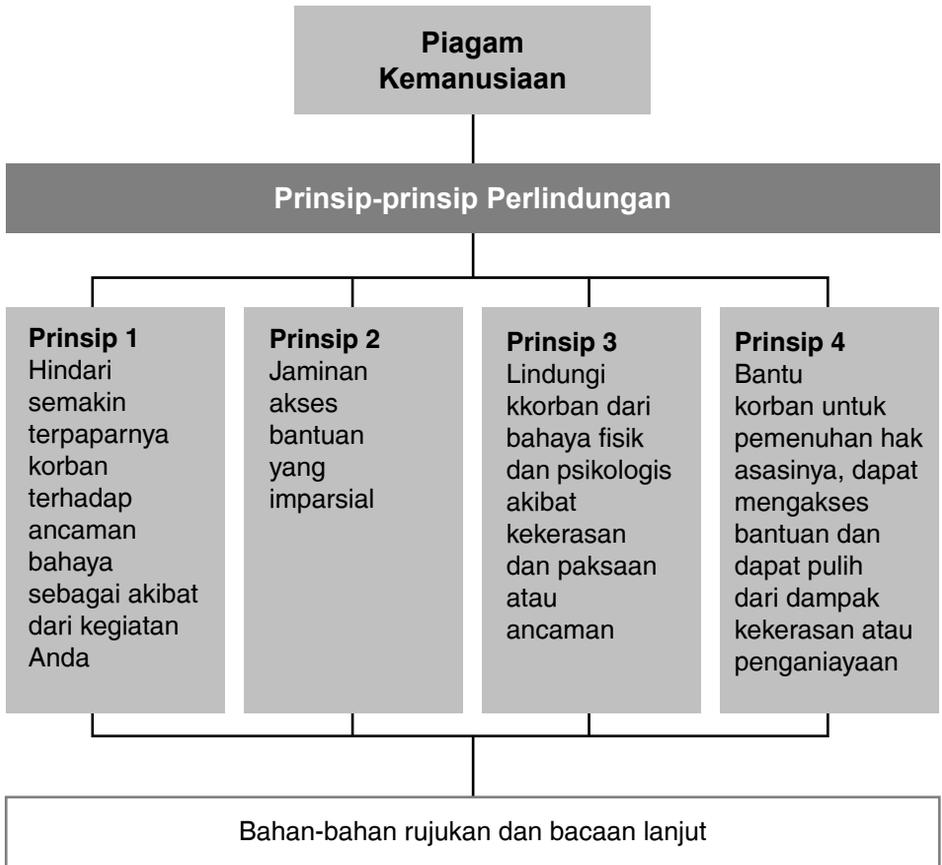
Kegiatan kemanusiaan terdiri dari dua pilar utama: perlindungan dan bantuan. Sebagian besar dari buku pegangan ini, khususnya pada bab-bab teknis, membahas tentang ruang lingkup bantuan, sementara bab ini lebih difokuskan pada perlindungan. Berdasarkan pada Piagam Kemanusiaan, bab ini mengurai tentang bagaimana badan kemanusiaan dapat berkontribusi pada perlindungan untuk mereka yang terkena ancaman kekerasan atau pemaksaan. Secara umum, bab ini mengulas tentang peran lembaga dalam menjamin penghormatan dan pemenuhan hak-hak yang telah diartikulasikan dalam Piagam Kemanusiaan, termasuk akses terhadap bantuan. Bab ini dibagi dalam dua bagian:

- **Pendahuluan**, yang mengatur tanggung jawab umum dari mereka yang terlibat dalam aksi kemanusiaan untuk membantu melindungi korban bencana dan menjamin penghormatan atas hak-hak asasi mereka.
- Empat **Prinsip Perlindungan**, yang ditekankan pada seluruh kegiatan kemanusiaan dan melingkupi unsur dasar perlindungan dalam konteks aksi kemanusiaan. Dilengkapi dengan catatan panduan, yang lebih jauh menjelaskan tentang peran lembaga kemanusiaan dalam upaya perlindungan. Di bagian bacaan lanjutan terdapat juga berbagai standar dan materi terkait perlindungan khusus.

Daftar Isi

Pendahuluan.....	29
Prinsip Perlindungan	30
Bahan rujukan dan bacaan lanjutan	43





Pendahuluan

Perlindungan dan Aksi kemanusiaan

Perlindungan menekankan ada keselamatan, martabat, dan hak asasi korban bencana atau konflik bersenjata. Piagam Kemanusiaan menyarikan beberapa hak asasi paling dasar yang perlu diperhatikan dalam aksi kemanusiaan. Dalam bab ini dibahas tentang cara mengarusutamakan perspektif perlindungan dalam praktik-praktik kemanusiaan dan, khususnya, bagaimana lembaga dapat menghindari semakin terpaparnya penduduk yang telah terkena bencana pada ancaman dan bagaimana mereka dapat membantu korban untuk mendapat keselamatan dan keamanan secara umum.



Isu utama perlindungan dalam tindakan kemanusiaan dalam konteks ini adalah kebebasan atas berbagai bentuk kekerasan dan paksaan serta kebebasan dari hambatan yang disengaja atas bantuan-bantuan untuk dapat hidup bermartabat.

Berdasarkan keprihatinan tersebut, kita mengidentifikasi **Empat Prinsip Utama Perlindungan**:

1. Hindari semakin terpaparnya penduduk terkena bencana terhadap ancaman sekunder sebagai akibat kegiatan atau bantuan Anda;
2. Jamin akses penduduk terkena bencana terhadap bantuan yang bersifat imparisial atau tidak membedakan – sesuai dengan proporsi kebutuhan dan tanpa diskriminasi;
3. Lindungi penduduk terkena bencana dari bahaya fisik dan psikologis akibat kekerasan dan paksaan atau ancaman;
4. Bantu penduduk terkena bencana untuk pemenuhan hak asasinya, dapat mengakses bantuan dan dapat pulih dari dampak kekerasan atau penganiayaan.

Dalam konteks aksi kemanusiaan, keempat prinsip di atas merefleksikan adanya ancaman yang lebih berat yang biasa dihadapi orang pada masa konflik atau bencana. Catatan panduan membantu lembaga untuk menjawab tanggung jawab dan memberikan pilihan, termasuk untuk mengenali kebutuhan khusus perlindungan.

Keempat prinsip perlindungan berikut disarikan dari hak-hak asasi yang tercantum dalam Piagam Kemanusiaan: hak untuk hidup bermartabat, hak atas bantuan kemanusiaan, dan hak atas perlindungan dan keamanan.

Memahami Prinsip-Prinsip Perlindungan

Berikut adalah panduan singkat untuk mengartikan Prinsip Perlindungan:

Prinsip 1 (Hindari bahaya atau ancaman lebih lanjut), menjawab keprihatinan atas isu perlindungan yang mungkin disebabkan atau diperparah oleh aksi kemanusiaan. Seperti yang tercantum dalam Piagam Kemanusiaan, mereka yang terlibat dalam aksi kemanusiaan harus berupaya sedapat mungkin untuk menghindarkan semakin terpaparnya penduduk terkena bencana atau konflik dari ancaman bahaya lanjutan, misal dengan membangun pengungsian di tempat yang tidak aman.

Prinsip 2 (Jamin akses terhadap bantuan yang bersifat imparisial), mengatur tentang tanggungjawab untuk menjamin bahwa bantuan kemanusiaan tersedia bagi semua yang membutuhkan, khususnya mereka yang paling rentan atau yang terancam ditinggalkan sebagai akibat politik atau alasan lain. Peningkaran akses terhadap bantuan dasar adalah isu utama perlindungan. Termasuk juga di dalamnya (tapi tidak terbatas pada hal ini saja) penolakan untuk memberikan akses yang aman bagi lembaga kemanusiaan dalam memberikan bantuan.

Prinsip 3 (Lindungi penduduk terkena bencana dari kekerasan), menekankan pada perlindungan dari kekerasan dan paksaan atau dorongan untuk bertindak bertentangan dengan keinginan individu, misalnya berperang, dipaksa keluar dari sebuah tempat atau dilarang pindah, atau dipermalukan atau dihukum. Ditekankan di sini tentang pencegahan atau penanggulangan ancaman bahaya fisik dan psikologis, termasuk penyebaran ketakutan dan kesengajaan untuk menciptakan teror atau kepanikan.

Prinsip 4 (Mendukung pemenuhan hak-hak asasi, akses terhadap bantuan dan pemulihan dari kekerasan), dengan merujuk pada peran lembaga kemanusiaan dalam membantu korban mendapatkan haknya dan akses terhadap bantuan seperti kepastian hukum, kompensasi atau restitusi harta milik. Prinsip ini juga memerhatikan kebutuhan bantuan bagi mereka yang menjadi korban perkosaan dan, secara umum, bantuan untuk pemulihan korban dari dampak kekerasan – baik secara fisik dan psikologis, sosial, dan ekonomi.

Dalam catatan panduan, keempat prinsip perlindungan menjelaskan tentang apa yang dapat dan harus dikerjakan oleh lembaga kemanusiaan untuk melindungi penduduk yang terkena bencana. Penting untuk dicatat bahwa peran dan tanggung jawab lembaga dalam konteks ini seringkali hanya bersifat sekunder. Seperti yang tercantum di dalam Piagam Kemanusiaan, peran tersebut harus dilihat dalam relasinya dengan tugas utama negara atau pihak-pihak lain yang bertanggung jawab, misalnya pihak-pihak yang terlibat dalam konflik bersenjata yang mengendalikan atau menguasai wilayah. Pihak berwenang tersebut memegang tanggung jawab legal formal atas kesejahteraan penduduk dalam wilayah mereka dan, secara umum, untuk keselamatan penduduk sipil di daerah konflik bersenjata.

Pada puncaknya, pihak yang berwenang inilah yang mempunyai **sumber daya** untuk menjamin keamanan penduduk yang terkena bencana melalui tindakan atau pun larangan. Peran utama lembaga-lembaga adalah untuk mendorong dan melakukan advokasi terhadap pihak yang berwenang untuk menjalankan perannya, dan membantu korban menghadapi konsekuensi jika pihak berwenang gagal dalam memenuhi tanggung jawab mereka.

Mengartikan Prinsip Perlindungan dalam Tindakan

Dalam rangka pemenuhan standar-standar dalam buku pegangan ini, **seluruh** lembaga kemanusiaan harus mematuhi Prinsip-prinsip Perlindungan, bahkan meskipun mereka tidak mempunyai mandat perlindungan secara jelas atau kapasitas khusus untuk melakukan upaya perlindungan. Prinsip-prinsip ini tidak bersifat 'mutlak': sangatlah dipahami bahwa terkadang situasi dapat membatasi kemampuan lembaga untuk memenuhinya. Khususnya, beberapa aspek dari prinsip ke-3 mungkin tidak termasuk dalam kapasitas lembaga. Meskipun demikian, prinsip-prinsip ini mencerminkan keprihatinan universal kemanusiaan yang seharusnya selalu menjadi payung tindakan kita.



Sejumlah lembaga kemanusiaan memiliki mandat perlindungan atau peran khusus terkait kelompok rentan. Beberapa dari lembaga ini melaksanakan kegiatan perlindungan sebagai program/proyek terpisah, atau dalam kerangka kluster perlindungan atau 'sektor perlindungan' dengan mengalokasikan sumber daya dan staf ahli. Pada tahun 2011, Kluster Global Perlindungan memasukkan struktur koordinasi dengan fokus poin untuk beberapa area khusus:

- 1 Perlindungan Anak
- 2 Kekerasan Berbasis Gender
- 3 Perumahan, tanah, dan harta milik
- 4 Ranjau Darat
- 5 Penegakan Hukum dan Keadilan.

Daftar di atas menggambarkan beberapa bidang khusus perlindungan. Daftar tersebut bukanlah daftar lengkap dan perlu dipahami bahwa masih banyak keprihatinan untuk isu perlindungan khusus lain. Untuk beberapa isu perlindungan, seperti perlindungan masyarakat sipil dan pengungsi atau perlindungan dalam bencana alam, standar khusus, dan Pegangan-pegangan lain yang telah disusun sebagai bagian dari inisiatif selain *Sphere*; telah dicantumkan dalam bahan rujukan dan bacaan lanjutan pada bagian akhir dari bab ini. Bab ini disusun untuk melengkapi standar-standar tersebut.

Beberapa Model Kegiatan Perlindungan

Keempat Prinsip Perlindungan ini diterapkan sebagai kegiatan perlindungan tersendiri maupun juga sebagai tindakan kemanusiaan secara umum, meskipun mungkin melalui kegiatan yang berbeda. Kegiatan terkait perlindungan dari lembaga-lembaga kemanusiaan dapat diklasifikasikan secara luas dalam ketiga model berikut, yang saling terkait dan dapat dilaksanakan secara bersamaan:

1. Pencegahan: Mencegah terjadinya ancaman fisik dan pelanggaran hak asasi atau pengurangan risiko atau kerentanan terhadap ancaman dan pelanggaran. Pencegahan timbulnya ancaman terhadap perlindungan juga termasuk upaya untuk menciptakan lingkungan yang kondusif untuk penghormatan hak asasi perempuan, laki-laki, anak perempuan, dan anak laki-laki, segala umur dan selaras dengan Konvensi Internasional.

2. Tanggap darurat: Penghentian kekerasan yang sedang berlangsung dengan menanggulangi insiden kekerasan dan pelanggaran hak asasi.

3. Remedial/penuntasan: Menjamin adanya penuntasan atas pelanggaran yang sedang berlangsung atau di masa lalu, melalui perbaikan dan rehabilitasi, dengan memberikan layanan kesehatan, dukungan psikososial, bantuan hukum atau layanan dukungan lain, dan membantu korban untuk mengakses bantuan dan pemenuhan haknya.

Advokasi, baik di ranah publik maupun pribadi, adalah salah satu unsur penting untuk mengaitkan ketiga model kegiatan di atas. Ancaman-ancaman sekunder bagi penduduk terkena bencana muncul karena keputusan yang diambil, kegiatan atau kebijakan dan kebanyakan dari tindakan tanggap perlindungan ditujukan untuk mengubah perilaku dan kebijakan ini. Advokasi oleh lembaga kemanusiaan dan lembaga lainnya, seperti lembaga hak asasi manusia, merupakan hal utama untuk memengaruhi perubahan tersebut. Mungkin akan terjadi ketegangan antara lembaga kemanusiaan karena mengungkapkan tentang kekerasan dan kebutuhan untuk menjamin keberadaan lembaga untuk operasional, dan ketegangan-ketegangan ini dapat merumuskan apa dan bagaimana cara mereka melakukan advokasi.

Jika advokasi dilakukan, maka keberhasilannya tergantung pada akses terhadap bukti yang dapat dipercaya, analisis *stakeholder* atau pemangku kepentingan dan analisis konteks yang menyeluruh. Oleh sebab itu, dikaitkan dengan kajian standar dalam Standar Inti (lihat bagian Standar Inti 3). Seperti yang dijelaskan dalam Catatan Panduan di bawah, setiap penggunaan bukti seperti kesaksian para saksi harus diperlakukan dengan sangat hati-hati, sebab kesaksian mereka memungkinkan diidentifikasinya sumber informasi, yang dapat menempatkan orang tersebut pada risiko yang lebih besar, (lihat Prinsip Perlindungan 1, Catatan Panduan 8).

Prinsip Perlindungan

Prinsip perlindungan 1: Hindari semakin terpaparnya penduduk terkena bencana terhadap ancaman bahaya sebagai akibat dari kegiatan Anda.

Mereka yang terlibat dalam aksi kemanusiaan harus mengambil langkah-langkah untuk menghindari atau meminimalkan setiap dampak negatif yang mungkin timbul sebagai akibat dari intervensi atau campur tangan mereka, khususnya dalam risiko yang meningkatkan semakin terpaparnya penduduk terkena bencana terhadap ancaman bahaya atau pelanggaran hak asasi mereka.



Dalam prinsip ini terkandung komponen di bawah ini:

1. Bentuk bantuan kemanusiaan dan lingkungan di mana bantuan ini diberikan tidak boleh meningkatkan risiko penduduk terkena bencana terhadap bahaya fisik, kekerasan atau bentuk lain pelanggaran hak asasi.
2. Upaya bantuan dan perlindungan tidak boleh mengabaikan kapasitas penduduk terkena bencana atas perlindungan diri.
2. Lembaga kemanusiaan harus dapat mengelola informasi yang peka sedemikian rupa sehingga tidak membahayakan keselamatan informan atau mereka yang mungkin dapat teridentifikasi akibat dari informasi tersebut.

Catatan Panduan

Kajian situasi dan antisipasi konsekuensi dari tindakan kemanusiaan terhadap keamanan dan kesejahteraan penduduk yang terkena bencana.

1. **Hindari menjadi kaki tangan** dalam pelanggaran hak asasi manusia. Mungkin akan terdapat beberapa kesulitan dalam membuat keputusan dan pilihan, misalnya jika dihadapkan pada keputusan untuk menyediakan bantuan bagi penduduk terkena bencana yang tersandera di pengungsian, di luar keinginan mereka. Keputusan seperti ini harus dibuat berdasarkan kasusnya, tapi harus dikaji berkala mengingat situasi selalu berubah.
2. **Daftar kajian:** saat menganalisis kegiatan, kita harus selalu mengingat daftar pertanyaan berikut yang tak ada habis-habisnya, yang juga dapat

digunakan sebagai daftar kajian, baik dalam keseluruhan aksi kemanusiaan dan kegiatan khusus:

- 1 Apa saja yang akan diperoleh oleh penduduk terkena bencana dari kegiatan intervensi kita?
 - 2 Dampak negatif apa yang mungkin terjadi pada keamanan penduduk sebagai akibat dari kegiatan kita, dan bagaimana cara kita dapat menghindari atau meminimalkan konsekuensinya?
 - 3 Apakah kegiatan yang dilakukan mempertimbangkan kemungkinan ancaman terhadap upaya perlindungan pada populasi yang terkena bencana? Dapatkah kegiatan tersebut mendukung upaya perlindungan mandiri oleh masyarakat lokal?
 - 4 Apakah kegiatan yang dilakukan ternyata mendiskriminasi kelompok tertentu atau terlihat mendiskriminasikan bagi publik? Apakah kegiatan tersebut dapat melindungi hak asasi kelompok yang berdasarkan sejarah telah dimarginalisasi atau didiskriminasikan?
 - 5 Dalam melindungi dan memenuhi hak asasi kelompok-kelompok terpinggirkan tersebut, dampak apa yang akan terjadi dalam hubungan sosial di dalam dan di luar komunitas?
 - 6 Apakah kegiatan kita malah memperburuk pemisahan ruang sosial dalam komunitas atau antar-komunitas tetangga?
 - 7 Apakah kegiatan kita secara tidak langsung malah memperkuat kedudukan kelompok bersenjata atau aktor lainnya?
 - 8 Apakah kegiatan kita dapat menjadi sasaran eksploitasi kriminal?
3. **Konsultasi multisektor** dari penduduk terkena bencana atau – organisasi yang mewakili – dalam mengkaji dampak negatif dan positif dari keseluruhan tindakan tanggap darurat dan kegiatan khusus.
 4. **Bentuk atau cara memberikan bantuan** dapat menyebabkan penduduk terkena bencana semakin rentan terhadap serangan atau ancaman. Contohnya, komoditas penting seperti jatah makanan kering dapat menjadi sasaran perampokan dan dapat menempatkan korban dalam risiko bahaya dan kehilangan jatah. Pertimbangkan cara atau bentuk lain pemberian bantuan (misalnya memberikan masakan jadi melalui dapur umum atau lokasi pembagian makanan jadi) jika memang menjadi sangat berisiko. Komunitas terkena bencana harus diajak berdialog dalam menentukan bentuk bantuan yang mereka terima.
 5. **Kondisi lingkungan tempat bantuan diberikan** sebaiknya aman bagi penerima bantuan. Penduduk terkena bencana yang membutuhkan bantuan tidak selayaknya harus berjalan melalui atau ke daerah berbahaya untuk dapat mengakses bantuan. Jika sudah mendirikan kamp atau permukiman, maka lokasinya harus dibuat seaman mungkin bagi penghuni dan jauh dari ancaman serangan atau bahaya lain.

Perlindungan Diri Penduduk Terkena Bencana

6. **Memahami cara-cara** penduduk lokal dalam melindungi diri, keluarga,

dan komunitasnya. Dukung inisiatif lokal yang dilakukan oleh komunitas (lihat Prinsip Perlindungan 3, Catatan Panduan 13–14). Cara lembaga kemanusiaan melakukan intervensi tidak boleh mengganggu/menghambat kapasitas penduduk lokal untuk melindungi diri dan yang lain – termasuk untuk pindah ke daerah yang lebih aman dan menghindari kontak dengan kelompok bersenjata.

7. **Bantuan hidup dasar:** Bantu penduduk untuk mempunyai pilihan yang aman untuk memenuhi kebutuhan hidup dasarnya, seperti air, kayu bakar atau bahan bakar lain untuk memasak, sehingga mereka tidak perlu menempuh perjalanan yang berbahaya atau melelahkan, khususnya bagi lansia, perempuan, anak, dan orang dengan kecacatan.

Mengelola Informasi yang Peka

8. **Data terkait perlindungan** bisa bersifat sangat peka. Lembaga kemanusiaan harus memiliki kebijakan yang jelas dan prosedur tetap untuk membantu staf dalam melakukan tindakan jika mereka menemui atau menjadi saksi atas pelanggaran dan kerahasiaan informasi terkait. Staf harus paham tentang mekanisme pelaporan jika menyaksikan insiden atau tuduhan.
9. **Menggunakan informasi peka:** pertimbangkan kepada siapa (sesuai dengan mandat perlindungannya) informasi terkait pelanggaran harus disampaikan. Bisa jadi aktor ini berada di lokasi berbeda dengan lokasi terjadinya informasi.
10. **Kebijakan menggunakan informasi peka** harus ditetapkan dan mengandung mekanisme pelaporan insiden dan analisis tren. Perlu diatur tentang bagaimana mengelola informasi yang peka dan dalam situasi apa informasi ini dapat digunakan atau dibagikan. Diupayakan semaksimal mungkin untuk mendapatkan persetujuan dari individu terkait untuk penggunaan informasi tersebut. Setiap penggunaan atau pemberian informasi harus dilakukan sedemikian rupa sehingga tidak menempatkan sumber informasi atau orang terkait dengan informasi tersebut dalam bahaya.
11. **Informasi terkait pelanggaran hak asasi atau kekerasan** hanya boleh dikumpulkan atau dicari jika jelas penggunaannya dan detail informasi memang dibutuhkan terkait dengan penggunaan tersebut. Informasi terkait perlindungan tersebut hanya boleh dikumpulkan oleh lembaga yang memiliki mandat perlindungan atau yang mempunyai kapasitas terkait, keahlian, sistem, dan protokol tetap. Setiap pengumpulan informasi harus memiliki persetujuan dan, persetujuan perorangan sangatlah penting jika informasi tersebut akan dibagikan ke pihak ketiga.
12. **Kemungkinan reaksi pemerintah** atau pihak berwenang terkait pengumpulan dan penggunaan informasi tentang pelanggaran harus dikaji terlebih dahulu. Kepentingan untuk melanjutkan operasi mungkin harus dipertimbangkan terhadap kepentingan penggunaan informasi. Lembaga kemanusiaan berbeda mungkin akan melakukan pilihan yang berbeda tentang pilihan ini.



Prinsip Perlindungan 2: Jaminan akses bantuan yang imparisial – sesuai dengan proporsi kebutuhan dan tanpa diskriminasi

Bantuan kemanusiaan dapat diakses sesuai dengan kebutuhan dan tanpa diskriminasi. Bantuan tidak ditahan dari kelompok yang membutuhkan, dan lembaga kemanusiaan memiliki akses untuk dapat memenuhi standar *Sphere*.

Dalam prinsip ini terkandung komponen berikut:

- Menjamin akses bantuan bagi semua kelompok yang ada dalam penduduk terkena bencana.
- Setiap kesengajaan dalam pengabaian terhadap kelompok tertentu dalam masyarakat pada bantuan dasar hidup harus selalu dipersoalkan atas dasar hukum terkait dan prinsip kemanusiaan secara umum, seperti yang tertulis dalam Piagam Kemanusiaan.
- Penduduk yang terkena bencana menerima bantuan berdasarkan kebutuhan dan tidak didiskriminasikan atas dasar alasan apa pun.

Catatan Panduan

Mempertahankan Akses

1. ***Jika penduduk yang terkena bencana tidak mampu memenuhi kebutuhan dasarnya*** dan pihak berwenang terkait tidak mampu untuk menyediakan bantuan itu, maka pihak berwenang tidak boleh menolak akses bagi lembaga kemanusiaan yang imparisial untuk memberikan bantuan. Pengecualan ini dapat melanggar hukum internasional, khususnya dalam situasi konflik senjata.
2. ***Akses untuk melakukan pengawasan:*** pengawasan akses korban terhadap bantuan dilakukan secara hati-hati, khususnya untuk kelompok rentan.
3. ***Akses bantuan kemanusiaan dan kebebasan bergerak*** bersifat saling terkait (lihat Prinsip Perlindungan 3, Catatan Panduan 7–9). Pada saat melakukan pengawasan akses harus mempertimbangkan hambatan, seperti pos penjagaan, penutupan jalan, atau ranjau darat. Dalam situasi konflik bersenjata, pihak-pihak terkait mungkin membuat pos penjagaan, tapi halangan ini seharusnya tidak mendiskriminasikan kelompok tertentu atau menghambat akses kepada bantuan kemanusiaan. Upaya khusus harus diambil untuk menjamin kesetaraan akses bagi semua penduduk yang terkena bencana di lokasi terpencil atau tidak terjangkau.
4. ***Upaya khusus untuk memfasilitasi kelompok rentan*** harus dilakukan, sesuai dengan situasi konteks, sosial dan budaya, dan perilaku komunitas.

Salah satu upaya tersebut adalah penyediaan rumah aman bagi korban kekerasan, seperti perkosaan atau perdagangan manusia, atau penyediaan bantuan yang memfasilitasi orang dengan kecacatan. Setiap upaya harus menghindari stigmatisasi lebih lanjut bagi kelompok rentan ini (lihat Standar Inti 3, Catatan Panduan 5–6).

Menanggulangi Pengabaian Pemberian Bantuan atau Akses Terhadap Bantuan Dasar Hidup

5. **Hak untuk menerima bantuan kemanusiaan:** seperti yang dijelaskan dalam Piagam Kemanusiaan, penduduk yang terkena bencana mempunyai hak untuk menerima bantuan kemanusiaan. Hak ini diperoleh dari norma hukum dan peraturan yang juga menjadi bagian dari hukum internasional. Secara khusus, Hukum Internasional Kemanusiaan memuat sejumlah aturan terkait untuk akses terhadap bantuan dan perlindungan terhadap bantuan yang sangat penting untuk ketahanan hidup penduduk sipil terkena bencana (1977 Protokol Tambahan I dan II, Konvensi Jenewa 1949). Lembaga kemanusiaan perlu mempertimbangkan penghormatan hukum-hukum terkait di atas (lihat Prinsip Perlindungan 3, Catatan Panduan 3–4).



Menjamin Non-diskriminasi

6. **Imparsialitas:** lembaga kemanusiaan harus melakukan prioritas bantuan berdasarkan kebutuhan dan sesuai proporsi kebutuhan penerima bantuan. Ini adalah prinsip imparsialitas yang disebutkan dalam Kode Etik Gerakan Palang Merah dan Bulan Sabit Merah Sedunia dan ORNOP Kemanusiaan (*Code of Conduct for the International Red Cross and Red Crescent Movement and NGOs in Disaster Relief*) (lihat Lampiran 2 dan Piagam Kemanusiaan). Lembaga kemanusiaan sebaiknya tidak secara khusus memberi reaksi terhadap tindakan tanggap kelompok tertentu (misalnya pengungsi di kamp), jika penekanan ini malah akan menimbulkan hambatan bagi sektor lain dalam komunitas terkena bencana.
7. **Penduduk terkena bencana tidak memerlukan status hukum khusus** dalam rangka menerima bantuan kemanusiaan dan perlindungan.

Prinsip Perlindungan 3: Perlindungan terhadap bahaya fisik dan psikologi akibat kekerasan dan ancaman

Perlindungan terhadap kekerasan, atau paksaan atau dorongan untuk bertindak di luar kemauan dan karena takut terhadap penganiayaan.

Dalam prinsip ini terkandung komponen berikut:

- Mengambil semua langkah penting untuk menjamin penduduk terkena bencana tidak dalam ancaman serangan, baik dengan melakukan upaya pendekatan kepada sumber ancaman atau dengan membantu penduduk untuk menghindari ancaman.

- Mengambil semua langkah penting untuk menjamin penduduk terkena bencana tidak berada dalam ancaman, misalnya dipaksa untuk atau didorong untuk bertindak di luar kemauan mereka sehingga menempatkan mereka dalam bahaya atau melanggar hak asasi mereka (misalnya kebebasan bergerak atau berpindah).
- Mendukung upaya penduduk setempat untuk menjaga keselamatan, mengembalikan rasa aman dan martabat, termasuk mekanisme internal oleh dan untuk komunitas.

Catatan Panduan

Perlindungan dari Kekerasan dan Ancaman atau Paksaan

1. **Tanggung jawab utama untuk melindungi penduduk** dari ancaman terhadap hidup dan keamanan mereka ada di tangan pemerintah dan pihak berwenang terkait (lihat Piagam Kemanusiaan). Pada masa konflik bersenjata, pihak-pihak terkait konflik harus melindungi masyarakat sipil dan mereka yang telah meletakkan senjata. Dalam menganalisis konteks risiko dan ancaman dalam masyarakat, lembaga kemanusiaan harus mengidentifikasi siapa yang memiliki tanggung jawab hukum dan/atau kapasitas mereka untuk memberikan perlindungan.
2. **Dukungan untuk mengurangi ancaman lain** termasuk menyediakan bantuan sedemikian rupa sehingga masyarakat merasa aman, dan upaya mereka dalam menjaga keamanan terfasilitasi atau mengambil langkah (melalui advokasi atau lainnya) untuk mengurangi risiko.
3. **Pengawasan dan pelaporan:** lembaga kemanusiaan harus mempertimbangkan tanggung jawab mereka untuk melakukan pengawasan dan melaporkan pelanggaran berat hak asasi manusia. Mereka juga harus melakukan advokasi atas hak asasi masyarakat kepada pihak berwenang dan pelaku terkait dengan selalu mengingatkan mereka atas kewajibannya. Hal ini bisa dilakukan dengan berbagai cara, termasuk diplomasi, *lobby*, dan advokasi publik, dengan memerhatikan panduan untuk mengelola informasi peka (lihat Prinsip Perlindungan 1).
4. **Selama masa konflik bersenjata**, lembaga kemanusiaan harus melakukan pengawasan terhadap lembaga yang memang secara khusus dilindungi dalam Hukum Kemanusiaan Internasional, seperti sekolah dan rumah sakit, dan melaporkan jika ada serangan terhadap lembaga ini. Lembaga juga harus mengupayakan pengurangan risiko dan ancaman penculikan atau rekrutmen paksa yang mungkin terjadi di lokasi ini.
5. **Jika bom atau alat peledak mengancam masyarakat terkena bencana**, lembaga kemanusiaan harus berkoordinasi dengan pihak berwenang terkait di pemerintahan dan badan khusus untuk penyisiran ranjau darat. Ancaman ini mungkin muncul bagi masyarakat yang pulang kampung kembali setelah konflik bersenjata.
6. **Pelaku penegak hukum, politik, dan militer** memiliki peran penting dalam perlindungan masyarakat dari kekerasan dan pelanggaran. Penting untuk

diingat, pemecahan masalah perlindungan yang mendasar seringkali hanya bisa diselesaikan dalam kancah politik. Lembaga penegak hukum dan keamanan, misalnya polisi dan kekuatan militer, termasuk pasukan penjaga perdamaian, dapat dan harus memainkan peran penting dalam menjamin keamanan fisik masyarakat dalam ancaman bahaya. Lembaga dapat memberitahukan tentang pelaku terkait terjadinya pelanggaran. Campur tangan pasukan militer, komandan atau atasan yang mengendalikan operasi ini, mungkin merupakan langkah penting untuk menghentikan pelanggaran oleh kekuatan militer.

Kebebasan Bergerak atau Berpindah

7. **Tidak boleh ada pemaksaan untuk tinggal** di suatu tempat atau pindah ke tempat lain, yang dilakukan bukan atas pilihan mereka (misalnya pengungsian) maupun pembatasan tak beralasan lain dalam pergerakan masyarakat. Pembatasan dalam kebebasan bergerak dan pilihan tempat tinggal hanya boleh dilakukan jika memang ada alasan kuat di bidang keamanan atau kesehatan dan harus proporsional dengan tujuannya. Setiap orang yang terkena bencana atau konflik memiliki hak untuk mencari suaka tanpa batasan waktu.
8. **Evakuasi:** lembaga kemanusiaan hanya boleh terlibat dalam evakuasi sebagai tindakan khusus dalam kondisi ancaman yang sangat ekstrem terhadap jiwa, keamanan dan kesehatan, jika memang tidak ada lagi cara lain untuk memberikan bantuan atau perlindungan.
9. **Insentif untuk tetap tinggal di lokasi berbahaya** tidak boleh diberikan kepada masyarakat terkena bencana maupun promosi pemulangan mereka atau relokasi mereka tanpa informasi lengkap kondisi daerah tersebut.



Kerentanan Khusus terhadap Perlindungan dan Paksaan

10. **Kelompok rentan:** dalam menilai kerentanan seseorang terhadap risiko dan ancaman harus memerhatikan konteks, individu, dan sosial. Upaya khusus mungkin perlu diambil untuk kelompok yang menghadapi risiko tertentu ini, termasuk perempuan, anak, kelompok yang dipaksa untuk mengungsi, lansia, orang dengan kecacatan, dan kelompok minoritas agama/etnis.
11. **Lingkungan aman untuk anak:** lembaga harus menyediakan akses untuk anak terhadap lingkungan yang aman. Dukungan harus tersedia bagi keluarga dan komunitas dalam upaya mereka untuk menjaga agar anak tetap aman dan selamat.
12. **Anak terpisah dari keluarga** atau yang tidak ada pendamping dewasa, akan mudah mengalami kekerasan atau eksploitasi selama bencana atau konflik. Lembaga harus mengambil langkah-langkah untuk mencegah anak dari rekrutmen kelompok bersenjata dan, jika mereka sudah terlibat, maka harus segera diusahakan pembebasan dan reintegrasi mereka.
13. **Secara khusus perempuan dan anak perempuan berisiko terhadap kekerasan berbasis gender.** Pada saat berkontribusi untuk upaya penghapusan risiko ini, lembaga kemanusiaan harus secara khusus mengambil langkah-langkah untuk mengurangi risiko yang mungkin

muncul, seperti perdagangan manusia, pelacuran paksa, perkosaan, atau kekerasan dalam rumah tangga. Lembaga juga harus melaksanakan standar dan instrumen pencegahan dan penghapusan praktik eksploitasi dan kekerasan seksual. Perhatian khusus harus diberikan kepada kelompok dengan kerentanan khusus, seperti perempuan dengan kecacatan atau yang diasingkan, sehingga mereka terhindar dari paksaan untuk menukar seks dengan bantuan kemanusiaan.

Dukungan Sosial Berbasis Masyarakat dan Mandiri

14. **Mekanisme dukungan psikososial dan perlindungan dalam keluarga dan komunitas** harus dipromosikan untuk menjaga keluarga tetap bersama, mendidik masyarakat agar mencegah anak terpisah dari keluarganya, mempromosikan layanan yang tepat bagi anak terpisah, dan melakukan pelacakan keluarga dan proses penyatuan kembali dengan anggota keluarga yang lain. Sebisa mungkin, upayakan keluarga untuk tetap bersama dan berdayakan kelompok masyarakat tertentu atau dukung jejaring yang ada sehingga tetap tinggal di wilayah yang sama.
15. **Dukung kegiatan berbasis komunitas dan oleh komunitas**, misalnya kelompok perempuan yang bekerja untuk isu kekerasan berbasis gender, kelompok pemuda atau pemudi yang bekerja sama untuk mendukung upaya sumber mata pencarian untuk penghidupan, kelompok orang tua yang mendukung interaksi positif dengan anak dan layanan dukungan untuk orang tua dengan anak kecil dan anak dengan kebutuhan khusus, kelompok remaja yang menyebarkan informasi aman tentang ancaman seperti ranjau darat dan kelompok komunitas yang menjangkau perempuan dan laki-laki yang telah kehilangan orangtuanya, lanjut usia dan orang berkebutuhan khusus.

Prinsip Perlindungan 4: Dukungan pemenuhan hak, akses bantuan, dan pemulihan dari kekerasan

Penduduk terkena bencana didukung untuk menuntut hak mereka melalui informasi, dokumentasi, dan dukungan dalam mencari bantuan. Masyarakat didukung secara tepat untuk pemulihan dari dampak fisik, psikologis, dan sosial akibat kekerasan dan pelanggaran lainnya.

Dalam prinsip ini terkandung komponen berikut:

- Mendukung penduduk terkena bencana untuk menuntut hak mereka dan akses terhadap bantuan dari pemerintah atau sumber daya lain dan pemberian informasi tentang hak mereka dan bantuan yang tersedia.
- Membantu penduduk terkena bencana untuk mendapatkan dokumen untuk menunjukkan hak mereka.
- Membantu penduduk terkena bencana untuk pulih dengan menyediakan dukungan berbasis masyarakat dan bantuan psikososial lainnya.

Catatan Panduan

Mendukung Penduduk Terkena Bencana dalam Menuntut Hak Mereka

1. **Pemerintah dan pihak berwenang terkait bertanggung jawab** untuk menjamin hak penduduk terkena bencana dihormati dan dipenuhi. Baik melalui sistem hukum atau jalan lainnya, lembaga kemanusiaan harus mempertimbangkan dukungan untuk penuntutan yang dilakukan oleh korban atas pemenuhan haknya.
2. **Hak-hak:** lembaga harus menginformasikan kepada penduduk terkena bencana tentang hak mereka dalam program bantuan dan di bawah hukum dan peraturan di negara tersebut. Perhatian khusus atau penekanan (kembali) hak masyarakat atas perumahan, tanah, dan harta milik.
3. **Informasi dan konsultasi:** informasi bagi penduduk oleh pihak yang berwenang dan lembaga kemanusiaan harus menggunakan bahasa dan cara yang dapat dimengerti. Mereka harus dilibatkan dalam konsultasi bila hal tersebut terkait dengan keputusan yang memengaruhi hidup mereka, tanpa menimbulkan risiko tambahan lainnya (lihat Standar Inti 1). Cara ini juga membantu mereka untuk meningkatkan kesadaran atas haknya.



Dokumentasi

4. **Penggantian dan pengadaan dokumen yang hilang:** lembaga kemanusiaan harus membantu masyarakat yang terkena bencana dalam mendapatkan kembali atau mengganti dokumen yang hilang dalam rangka pemenuhan haknya. Secara umum, masyarakat memiliki hak tanpa mempertimbangkan kepemilikan dokumen. Dalam rangka memenuhi penuntutan hak, beberapa bentuk dokumentasi atau identifikasi biasanya diperlukan, seperti akte kelahiran, akte perkawinan, paspor, atau akte kepemilikan tanah. Akses terhadap dokumentasi hukum hak milik menjadi sangat penting pada masa pascabencana, akan tetapi di beberapa negara kepemilikan terkadang tidak memerlukan dokumen legal sehingga dapat menjadi masalah perselisihan besar. Akte kematian juga perlu dikelola untuk menghindari masalah keuangan dan legal bagi sanak keluarga. Akte kematian biasanya tidak tersedia jika terjadi penguburan massal (sebaiknya tidak dilakukan praktik penguburan massal).
5. **Dokumen hukum** yang diakui oleh pemerintah atau pihak berwenang tidak boleh dipertentangkan dengan dokumen yang dibuat lembaga kemanusiaan, misalnya dokumen pendaftaran, kartu penjatahan logistik, atau kartu transportasi. Dokumen hukum resmi yang dikeluarkan oleh pihak berwenang tidak menentukan siapa yang berhak mendapat bantuan dari lembaga kemanusiaan.

Akses terhadap Bantuan Pemulihan

6. **Setiap orang berhak untuk mencari bantuan penegakan hukum atau upaya lain** dari pemerintah dan lembaga berwenang lain untuk pelanggaran hak asasi. Termasuk untuk kompensasi kehilangan atau penggantian harta milik. Setiap orang juga berhak untuk menuntut pelaku pelanggaran

hak asasi diadili. Tindakan ini sangatlah penting untuk mengembalikan rasa percaya dan aman dalam masyarakat. Lembaga kemanusiaan bisa membantu masyarakat untuk mengakses layanan penegakan hukum atau merujuk ke lembaga lain yang menyediakan bantuan tersebut.

7. **Dukungan layanan kesehatan dan rehabilitasi:** tiap orang perlu dibantu untuk dapat mengakses layanan kesehatan yang tepat dan upaya rehabilitasi lain sesudah serangan, kekerasan berbasis gender dan masalah terkait (lihat Standar Layanan Kesehatan Dasar 3 – Pengendalian Penyakit Menular dan Standar Layanan Kesehatan Dasar – Kesehatan Anak 1–2)
8. **Jika terdapat layanan pemulihan** dari sumber bukan pemerintah (NGO), jika memungkinkan, semua orang harus dibantu untuk dapat mengidentifikasi dan mengakses layanan tersebut.

Layanan Psikososial Berbasis Komunitas dan Lainnya

9. **Mekanisme penyesuaian diri positif dari masyarakat** seperti penguburan sesuai budaya dan tradisi setempat, upacara dan praktik keagamaan, dan praktik sosial dan budaya yang tidak berbahaya harus difasilitasi.
10. **Kegiatan untuk anak** jika memungkinkan, masyarakat harus dirangsang untuk mengelola kegiatan terstruktur dalam bidang pendidikan dan perlindungan untuk anak melalui mekanisme non-formal seperti ruang ramah anak. Mekanisme perlindungan dalam komunitas harus mengintegrasikan kegiatan-kegiatan mandiri yang mempromosikan kesejahteraan psikososial.
11. **Mendukung pengelolaan kegiatan psikososial** bagi korban/penyintas kekerasan. Jamin korban/penyintas dapat mengakses kegiatan sosial dalam komunitas dan mandiri. Akses pada layanan sosial berbasis masyarakat harus dilengkapi dengan akses kelayanan kesehatan mental atau jiwa.
12. **Sistem layanan terintegrasi:** lembaga yang bekerja untuk penyediaan layanan psikososial dan kesehatan mental di berbagai sektor harus bekerja sama untuk membangun sistem layanan terintegrasi untuk masyarakat (lihat Standar Layanan Kesehatan Dasar – Kesehatan Mental 1).
13. **Dukungan klinis:** siapkan mekanisme rujukan ke layanan kesehatan yang tersedia.

Bahan rujukan dan bacaan lanjutan

Perlindungan Umum: latar belakang dan instrumen

Caritas Australia, CARE Australia, Oxfam Australia and World Vision Australia (2008), Minimum Agency Standards for Incorporating Protection into Humanitarian Response – Field Testing Version. www.icva.ch/doc00002448.pdf

Giossi Caverzasio, S (2001), Strengthening Protection in War – A Search for Professional Standards. Ref 0783. International Committee of the Red Cross (ICRC). Geneva.

Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2002), Growing the Sheltering Tree – Protecting Rights through Humanitarian Action – Programmes & practices gathered from the field. Geneva. www.icva.ch/gstree.pdf

IASC (2010), Operational Guidelines and Manual for the Protection of Persons Affected by Natural Disasters.

ICRC (2009), Professional standards for protection work carried out by humanitarian and human rights actors in armed conflict and other situations of violence. Geneva. www.icrc.org/web/eng/siteeng0.nsf/htmlall/p0999 or www.unhcr.org/refworld/type.THEMGUIDE...4b39cba52.0.html

ICRC (2008), Enhancing protection for civilians in armed conflict and other situations of violence. Geneva. www.icrc.org/eng/resources/documents/publication/p0956.htm

O’Callaghan, S and Pantuliano, S (2007), Incorporating Civilian Protection into Humanitarian Response. HPG Report 26. Overseas Development Institute (ODI). London.

United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA) (2009), Aide Mémoire: For the Consideration of Issues Pertaining for the



Protection of Civilians. New York. www.humansecuritygateway.com/showRecord.php?RecordId=33206

Slim, H and Bonwick, A (2005), Protection – an ALNAP guide for humanitarian agencies. ODI. London. www.alnap.org/initiatives/protection.aspx

Standar Perlindungan Khusus

Anak

ICRC, International Rescue Committee, Save the Children, UNICEF, UNHCR and World Vision (2004), Interagency Guiding Principles on Unaccompanied and Separated Children. Geneva. www.icrc.org/eng/assets/files/other/icrc_002_1011.pdf

UNICEF (2007), Paris Principles and Commitments to Protect Children from Unlawful recruitment or Use by Armed Forces or Groups. Paris. www.un.org/children/conflict/english/parisprinsips.html

UN Disarmament, Demobilization and Reintegration (UN-DDR) (2006), Integrated Disarmament, Demobilisation, and Reintegration Standards. New York. www.unddr.org/iddrs/05/20.php and www.unddr.org/iddrs/05/30.php

Difabel

Handicap International (2006), Protection – Issues for People with Disabilities and Injuries.

Handicap International (2008), Toolkit on Protection of Persons with Disabilities.

Kekerasan berbasis gender

IASC (2005), Guidelines for Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Settings – Focusing on the Prevention of and Response to Sexual Violence in Emergencies. Geneva. www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-products-products&productcatid=3

World Health Organization (WHO) (2007), Ethical and safety recommendations for researching, documenting and monitoring sexual violence in emergencies. Geneva. www.who.int/gender/documents/violence/9789241595681/en/index.html

Perumahan, tanah, dan harta milik

Principles on Housing and Property Restitution for Refugees and Displaced Persons. E/CN.4/SUB.2/RES/2005/21. “Pinheiro Principles”. http://ap.ohchr.org/documents/alldocs.aspx?doc_id=11644

Global Land Tool Network and Early Recovery Cluster (2010), Land and natural disasters – Guidance for Practitioners. UN Human Settlements Programme (UN-Habitat) and Food and Agriculture Organization (FAO). Nairobi. www.unhabitat.org/pmss/listItemDetails.aspx?publicationID=2973

Global Protection Cluster, Housing, Land And Property Area of Responsibility (2009), Checklist of Housing, Land and Property Rights and Broader Land Issues Throughout the Displacement Timeline from Emergency to Recovery. [www.internal-displacement.org/8025708F004BE3B1/\(httpInfoFiles\)/430298C3C285133DC12576E7005D360D/\\$file/HC%20Checklist%20on%20HLP%20and%20Land%20Issues_Final2.pdf](http://www.internal-displacement.org/8025708F004BE3B1/(httpInfoFiles)/430298C3C285133DC12576E7005D360D/$file/HC%20Checklist%20on%20HLP%20and%20Land%20Issues_Final2.pdf)

Internal Displacement Monitoring Centre, FAO, OCHA, Office of the UN High Commissioner for Human Rights, UN-HABITAT and UNHCR (2007), Handbook on Housing and Property Restitution for Refugees and Displaced Persons. Implementing the ‘Pinheiro Principles’, IASC. Geneva. www.unhcr.org/refworld/docid/4693432c.html

Pengungsi/IDPs

Bagshaw, S and Paul, D (2004), Protect or Neglect? Towards a More Effective United Nations Approach to the Protection of Internally Displaced Persons – An Evaluation. Brookings-SAIS Project on Internal Displacement and UNOCHA, Interagency Internal Displacement Division. Washington DC. www.brookings.edu/papers/2004/1123humanrights_bagshaw.aspx

Brookings Institution – University of Bern Project of Internal Displacement (2005), Addressing Internal Displacement: A Framework for National Responsibility. Washington DC. www.brookings.edu/projects/idp/20050401_nframework.aspx

Global Protection Cluster (2010), Handbook for the Protection of Internally Displaced Persons. www.unhcr.org/refworld/docid/4790cbc02.html

IASC (2004). Implementing the Collaborative Approach to Situations of Internal Displacement – Guidance for UN Humanitarian and/or Resident Coordinators. www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-products-products&productcatid=10



IASC (2010), Framework on Durable Solutions for Internally Displaced Persons. www.brookings.edu/reports/2010/0305_internal_displacement.aspx

UN Economic and Social Council (1998), UN Guiding Principles on Internal Displacement. E/CN.4/1998/53/Add.2. www.idpguidingprinsips.org/ or www.unhcr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/TestFrame/d2e008c61b70263ec125661e0036f36e?Opendocument

Layanan kesehatan mental dan psikososial

IASC (2007), IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support. www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-products-default

IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support (2010), Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) In Humanitarian Emergencies: What Should Protection Programme Managers Know. www.psychosocialnetwork.net/explore/tags/mhpss/

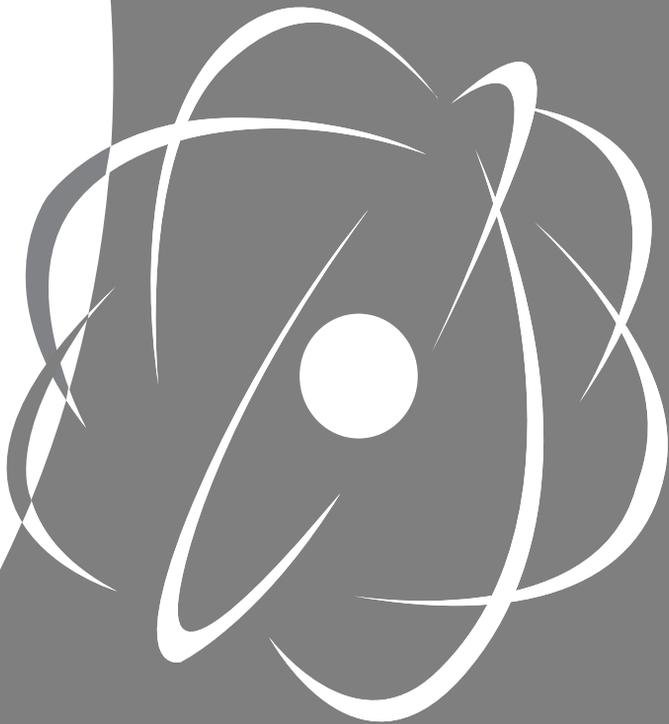
Ranjau darat atau bahan peledak

The International Mine Action Standards (IMAS): www.mineactionstandars.org/imas.htm#english

Lansia

IASC (2008), Humanitarian Action and Older Persons – An essential brief for humanitarian actors. WHO-HelpAge International. www.kemanusiaaninfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-products-products&productcatid=24

Standar-Standar Inti



Cara Menggunakan Standar Inti

Standar Inti adalah standar proses penting yang dimiliki oleh semua sektor. Sebagai titik acuan tunggal untuk pendekatan semua standar di dalam buku Pegangan ini. Oleh sebab itu, setiap bab membutuhkan Standar Inti sebagai pendamping untuk membantu mencapai standarnya.

Ada enam Standar Inti:

1. Aksi kemanusiaan yang berpusat pada setiap orang
2. Koordinasi dan kerjasama
3. Pengkajian
4. Rancangan dan respons
5. Kinerja, transparansi, dan pembelajaran
6. Kinerja pekerja kemanusiaan

Setiap Standar Inti disusun sebagai berikut:

- *Standar Inti*: berbentuk kualitatif dan menentukan tingkat yang harus dicapai dalam aksi kemanusiaan.
- *Aksi Kunci*: kegiatan-kegiatan dan masukan yang disarankan untuk membantu memenuhi standar.
- *Indikator Kunci*: 'sinyal' yang menunjukkan apakah suatu standar telah dicapai. Menyediakan cara untuk mengukur dan mengomunikasikan proses dan hasil tindakan utama, indikator kunci berhubungan dengan standar minimum, bukan tindakan kunci.
- *Catatan Panduan*: Termasuk hal khusus untuk dipertimbangkan ketika menerapkan standar minimum, aksi kunci dan indikator kunci dalam situasi yang berbeda. Panduan untuk mengatasi kesulitan praktis, *patokan* atau saran mengenai isu-isu prioritas. Juga dapat mencakup masalah-masalah kritis yang berkaitan dengan tindakan, standar, atau indikator, dan menggambarkan dilema, kontroversi, atau kesenjangan dalam pengetahuan saat ini.

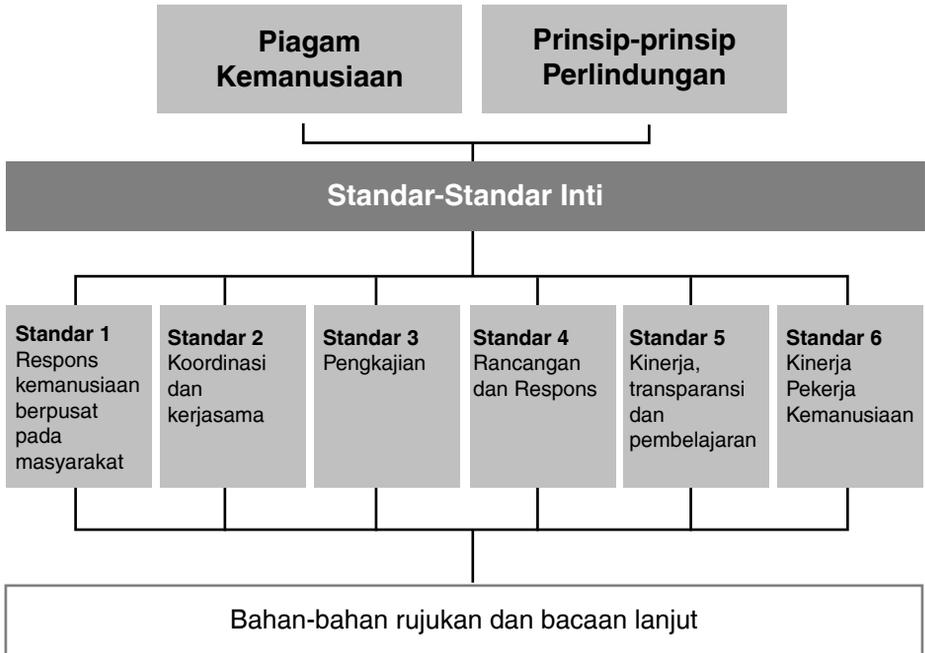
Indikator Kunci dari Standar Inti mengakomodasi variasi yang luas dalam konteks dan aplikasi pengguna. Khususnya ikatan-waktu dan terukur untuk masing-masing indikator sangat khusus terhadap sektor dan konteks. Pengguna karenanya harus menyesuaikan indikator kunci dengan tepat terhadap situasi tertentu mereka.

Sebuah daftar pilih bahan rujukan dan bacaan lebih lanjut disertakan pada akhir bab ini.

Daftar Isi

Pendahuluan.....	51
Standar-Standar Inti	53
Bahan rujukan dan bahan bacaan	72





Pendahuluan

Standar Inti menggambarkan proses yang sangat penting untuk mencapai semua Standar Minimum *Sphere*. Standar-Standar Inti merupakan ungkapan praktis prinsip-prinsip Piagam Kemanusiaan *Sphere* dan hak-hak dasar setiap orang yang terkena konflik atau bencana untuk bantuan yang mendukung kehidupan bermartabat. Standar Inti menentukan tingkat minimum yang harus dicapai oleh respons (ditandai dengan indikator kunci) badan-badan kemanusiaan, baik yang berbasis masyarakat, lokal, nasional, maupun internasional.

Standar Inti juga terkait dengan inisiatif akuntabilitas kunci lainnya, mempromosikan koherensi dan mendorong suatu komitmen bersama untuk akuntabilitas. Sebagai contoh, Akuntabilitas Kemanusiaan dan Kemitraan (HAP) 2010 Standar Akuntabilitas dan Pengelolaan Mutu sebagai patokan, dan Standar Inti berisi persyaratan pelengkap. Standar bantuan kinerja pekerja yang koheren dengan Kode Praktik yang baik dari *People In Aid. Panduan Cukup Baik* dari Proyek *Emergency Capacity Building (ECB)*, *Kompas Kualitas* dari Groupe UDR, dan Jaringan Pembelajaran Aktif untuk Akuntabilitas dan KinerjaTindak Kemanusiaan (ALNAP) menjelaskan secara khusus Standar Inti 1 dan 5. Standar Inti adalah pendamping untuk Standar Dasar dalam INEE (*Inter-Agency Network for Education in Emergencies*) Standar-sandar Minimum Pendidikan dalam Keadaan Darurat: Kesiapsiagaan, Tanggap Darurat, Pemulihan.



Pentingnya Standar Inti untuk Semua Sektor

Standar Inti 1 mengakui bahwa partisipasi setiap orang yang terkena dampak bencana – perempuan, laki-laki, anak perempuan, dan anak laki-laki dari segala usia – dan kapasitas serta strategi mereka untuk bertahan hidup bermartabat merupakan bagian integral dari aksi kemanusiaan. Standar Inti 2 memenuhi kebutuhan untuk tanggap darurat efektif yang harus dikoordinasikan dan dilaksanakan dengan instansi lain dan otoritas pemerintah yang terlibat dalam tindakan kemanusiaan yang tidak berpihak.

Standar Inti 3 menggambarkan kebutuhan akan pengkajian sistematis untuk memahami sifat bencana, melakukan identifikasi kondisi yang telah terkena dampak, dan menilai kerentanan dan kapasitas masyarakat. Standar ini mengakui pentingnya memahami kebutuhan terkait dengan konteks politik, sosial, ekonomi dan lingkungan serta masyarakat yang lebih luas.

Standar Inti 4 merancang respons berdasarkan pengkajian kebutuhan yang

netral, mengatasi kebutuhan yang tak terpenuhi dalam kaitannya dengan konteks dan kapasitas setiap orang yang terkena dampak dan negara-negara untuk memenuhi kebutuhan mereka sendiri.

Standar Inti 5 dicapai oleh lembaga yang terus-menerus mengkaji efektivitas, mutu, dan kesesuaian tindakan tanggap darurat mereka. Lembaga-lembaga menyesuaikan strategi mereka sesuai dengan informasi pemantauan dan umpan balik dari setiap orang yang terkena bencana, dan berbagi informasi tentang kinerja mereka. Mereka berinvestasi dalam evaluasi dan tinjauan yang tidak biasa dan menggunakan temuan untuk meningkatkan kebijakan dan praktik.

Standar Inti 6 mengakui bahwa lembaga-lembaga kemanusiaan memiliki kewajiban untuk setiap orang yang terkena dampak bencana untuk mempekerjakan pekerja bantuan sesuai dengan pengetahuan, keterampilan, perilaku, dan sikap untuk memberikan respons kemanusiaan yang efektif. Lembaga-lembaga juga bertanggung jawab untuk memungkinkan pekerja bantuan agar kinerjanya memuaskan melalui pengelolaan yang efektif dan dukungan emosional dan kesejahteraan fisik untuk mereka.

Kerentanan

Fokus *Sphere* adalah pada pemenuhan kebutuhan hidup mendasar dan mendesak bagi setiap orang yang terkena bencana atau konflik. Namun, Standar Inti juga dapat mendukung kesiapsiagaan bencana dan pendekatan yang mengurangi risiko dan kerentanan di masa mendatang, meningkatkan kapasitas dan mendorong pemulihan awal. Pendekatan tersebut mempertimbangkan dampak tindakan tanggap terhadap lingkungan alam dan konteks yang lebih luas dan sangat relevan dengan kebutuhan lokal dan populasi yang lebih luas. Dalam Buku Pegangan, 'rentan' merujuk kepada perorangan yang khususnya rentan terhadap efek konflik, bencana alam, atau buatan manusia. Setiap orang, atau menjadi, lebih rentan terhadap bencana karena kombinasi faktor sosial, lingkungan, politik, dan fisik. Mereka mungkin terpinggirkan oleh masyarakat mereka karena usia, etnis, jenis kelamin, cacat, kelas atau kasta, afiliasi politik atau agama mereka. Kombinasi dari kerentanan dan dampak dari konteks kerapuhan sering berkontribusi bagi kelompok rentan untuk alasan yang berbeda dan dengan cara yang berbeda. Kelompok rentan, seperti mereka yang terkena dampak bencana, memiliki berbagai kapasitas untuk mengelola dan pulih dari bencana. Pemahaman yang menyeluruh terhadap kapasitas kelompok rentan dan kendala yang mereka hadapi dalam mengakses bantuan kemanusiaan sangat penting untuk tindakan tanggap yang memenuhi kebutuhan mereka yang paling membutuhkannya.

Standar Inti

Standar Dasar 1: Respons kemanusiaan yang berpusat pada masyarakat

Kapasitas dan strategi setiap orang untuk bertahan hidup secara bermartabat merupakan bagian integral dari rancangan dan pendekatan respons kemanusiaan.

Aksi kunci (untuk dibaca bersama dengan Catatan Panduan)

- Mendukung kapasitas lokal melalui identifikasi kelompok-kelompok masyarakat dan jaringan sosial sejak awal program dan membangun inisiatif kemandirian berbasis masyarakat (lihat Catatan Panduan 1).
- Membangun mekanisme yang sistematis dan transparan melalui setiap orang yang terkena bencana atau konflik dapat memberikan umpan balik reguler dan memengaruhi program (lihat Catatan Panduan 2).
- Dalam diskusi, pastikan perwakilan yang seimbang antara setiap orang rentan dengan penduduk yang terkena bencana (lihat Catatan Panduan 3).
- Memberikan informasi kepada penduduk yang terkena bencana tentang proyek-proyek lembaga kemanusiaan dan hak-hak masyarakat dalam bahasa dan format yang mudah diakses (lihat Catatan Panduan 4).
- Menyediakan penduduk yang terkena bencana akses tempat yang aman dan sesuai untuk pertemuan masyarakat dan berbagi informasi pada kesempatan pertama (lihat Catatan Panduan 5).
- Memungkinkan setiap orang untuk mengajukan keluhan dengan mudah dan aman tentang program dan menetapkan prosedur tepat waktu untuk tindakan tanggap dan tindakan perbaikan secara transparan (lihat Catatan Panduan 6).
- Jika memungkinkan, gunakan tenaga kerja lokal, bahan ramah lingkungan dan yang berkelanjutan, dan usaha sosial yang dapat dipertanggungjawabkan untuk memperoleh manfaat ekonomi lokal dan mendorong pemulihan.
- Rancangan proyek, sedapat mungkin, bisa mengakomodasi dan menghormati praktik-praktik budaya, spiritual, dan tradisional yang berguna dan dianggap penting oleh masyarakat setempat (lihat Catatan Panduan 7).
- Meningkatkan pengaruh dan kepemilikan pembuat keputusan dari penduduk terkena bencana terhadap program selama masa tindakan tanggap.



Indikator kunci (untuk dibaca bersama dengan Catatan Panduan)

- Strategi proyek secara eksplisit terkait dengan inisiatif dan kapasitas yang berbasis masyarakat.
- Penduduk terkena dampak bencana melakukan atau aktif berpartisipasi dalam pertemuan rutin tentang bagaimana mengatur dan melaksanakan respons tersebut (lihat Catatan Panduan 1-2).
- Bertambahnya jumlah inisiatif mandiri yang dipimpin oleh masyarakat yang terkena dampak dan pemerintah daerah selama periode tanggap darurat (lihat Catatan Panduan 1).
- Lembaga-lembaga telah meneliti dan, jika perlu, bertindak atas keluhan yang diterima tentang bantuan yang diberikan.

Catatan Panduan

1. **Kapasitas lokal:** setiap orang yang terkena dampak bencana memiliki dan memperoleh keterampilan, pengetahuan, dan kapasitas untuk mengatasi, melakukan tindakan tanggap, dan pulih dari bencana. Partisipasi aktif dalam respons kemanusiaan merupakan dasar penting dari hak setiap orang untuk hidup bermartabat ditegaskan dalam Prinsip 6 dan 7 dari Kode Etik Gerakan Palang Merah dan Gerakan Bulan Sabit Merah Sedunia dan Organisasi Non-Pemerintah (LSM) Kemanusiaan (lihat Lampiran 2). Inisiatif mandiri yang dipimpin masyarakat berkontribusi terhadap psikologis dan kesejahteraan sosial melalui pemulihan martabat dan tingkat kendali ke penduduk yang terkena bencana. Akses sosial, keuangan, budaya, dan dukungan emosional melalui keluarga besar, jaringan keagamaan dan ritual, teman, sekolah dan kegiatan masyarakat membantu untuk membangun kembali identitas dan kehormatan individu dan masyarakat, mengurangi kerentanan dan meningkatkan ketahanan. Masyarakat lokal harus didukung untuk melakukan identifikasi dan, jika sesuai, mengaktifkan kembali atau membentuk jaringan pendukung dan kelompok mandiri.

Sejauh mana setiap orang dapat berpartisipasi, dan bagaimana mereka melakukannya, akan ditentukan oleh bagaimana bencana tersebut terjadi dan juga oleh keadaan fisik, sosial, dan politik. Oleh sebab itu, indikator yang memberikan sinyal partisipasi harus dipilih sesuai konteks dan mewakili mereka yang terkena dampak. Penduduk setempat biasanya yang pertama bertindak dalam bencana dan bahkan pada awal tindakan tanggap beberapa tingkat partisipasi selalu layak. Upaya-upaya eksplisit untuk mendengarkan, berkonsultasi, dan melibatkan setiap orang pada tahap awal akan meningkatkan mutu dan pengelolaan masyarakat dalam program di kemudian hari dalam program.

2. **Mekanisme umpan balik** menyediakan sarana bagi semua setiap orang yang terkena dampak untuk memengaruhi perencanaan dan pelaksanaan program (lihat '*patokan*' partisipasi HAP). Termasuk di dalamnya adalah diskusi kelompok terfokus, survei, wawancara, dan pertemuan pada

'pembelajaran' dengan keterwakilan yang cukup dari penduduk yang terkena dampak (lihat *Panduan Cukup Baik* ECB untuk perangkat dan Catatan Panduan 3–4). Temuan dan tindakan lembaga dalam menanggapi umpan balik harus dibagi bersama secara sistematis dengan penduduk yang terkena bencana.

3. **Partisipasi perwakilan:** memahami dan menyikapi hambatan bagi partisipasi yang dihadapi oleh setiap orang yang berbeda sangat penting demi partisipasi yang seimbang. Langkah-langkah harus diambil untuk menjamin partisipasi anggota semua kelompok dari setiap orang yang terkena – muda dan tua, laki-laki dan perempuan. Upaya-upaya khusus harus dilakukan untuk melibatkan setiap orang yang tidak terwakili dengan baik, yang terpinggirkan (misalnya karena etnis atau agama) atau 'tidak terlihat' (misalnya tinggal di rumah atau dalam sebuah institusi). Partisipasi pemuda dan anak-anak harus dipromosikan demi kebaikan mereka sendiri dan tindakan yang diambil untuk memastikan bahwa mereka tidak mengalami pelecehan atau pencederaan.
4. **Berbagi informasi:** setiap orang memiliki hak atas informasi yang akurat dan terbaru tentang tindakan yang diambil atas nama mereka. Informasi dapat mengurangi kecemasan dan merupakan fondasi penting dari tanggung jawab masyarakat dan kepemilikan. Lembaga-lembaga setidaknya harus memberikan deskripsi tentang mandat dan proyek lembaga itu sendiri, hak-hak penduduk, dan kapan atau di mana untuk mengakses bantuan (lihat *patokan* berbagi-informasi HAP). Cara berbagi informasi yang umum termasuk papan pengumuman, pertemuan-pertemuan publik, sekolah, surat kabar, dan siaran radio. Informasi tersebut harus menunjukkan pemahaman situasi setiap orang dan disampaikan dalam bahasa lokal, menggunakan berbagai media yang disesuaikan sehingga dapat diakses oleh mereka yang berkepentingan. Misalnya, menggunakan komunikasi lisan atau gambar untuk anak-anak dan setiap orang dewasa yang tidak dapat membaca, gunakan bahasa yang tidak rumit (yaitu dimengerti oleh orang-orang setempat yang berusia 12 tahun) dan menggunakan jenis huruf besar saat mencetak informasi untuk setiap orang dengan gangguan visual. Pertemuan diatur sedemikian rupa sehingga setiap orang tua atau orang-orang dengan kesulitan pendengaran bisa mendengar dengan baik.
5. **Ruang yang aman dan mudah diakses:** Tempat pertemuan diupayakan berada di daerah aman dan pastikan lokasinya dapat diakses oleh setiap orang dengan mobilitas terbatas termasuk untuk perempuan yang hadir di acara publik yang dibatasi oleh norma-norma budaya. Sediakan ruang yang ramah anak agar anak-anak dapat bermain, belajar, bersosialisasi, dan berkembang.
6. **Keluhan:** setiap orang memiliki hak untuk mengadu ke lembaga dan mencari tindakan tanggap yang sesuai (lihat *patokan* penanganan keluhan HAP). Mekanisme formal untuk keluhan dan ganti rugi merupakan



komponen penting dari akuntabilitas lembaga kepada masyarakat dan membantu masyarakat untuk mendirikan kembali kendali atas kehidupan mereka.

7. **Praktik-praktik budaya yang tepat** seperti penguburan dan praktik serta upacara keagamaan, seringkali merupakan elemen penting dari identitas dan martabat masyarakat serta kapasitas untuk pulih dari bencana. Beberapa praktik budaya melanggar hak asasi manusia (misalnya penolakan pendidikan untuk anak perempuan dan mutilasi alat kelamin perempuan) dan hal tersebut tidak perlu didukung.

Standar Inti 2: Koordinasi dan kerjasama

Respons kemanusiaan direncanakan dan dilaksanakan dalam koordinasi dengan instansi terkait, lembaga kemanusiaan dan organisasi masyarakat sipil terlibat dalam tindakan kemanusiaan yang tidak memihak, bekerja sama demi efisiensi, cakupan, dan efektivitas tindakan yang umum.

Aksi kunci (untuk dibaca bersama dengan Catatan Panduan)

- Partisipasi secara umum sejak awal, dan dalam mekanisme koordinasi sektoral (lihat Catatan Panduan 1-2).
- Mengetahui tentang tanggung jawab, tujuan, dan peran koordinasi negara dan kelompok koordinasi lain yang ada (lihat Catatan Panduan 3).
- Menyediakan kelompok koordinasi dengan informasi tentang mandat, tujuan, dan program lembaga.
- Berbagi informasi pengkajian dengan kelompok koordinasi yang relevan secara tepat waktu dan dalam format yang dapat dengan mudah digunakan oleh lembaga kemanusiaan lainnya (lihat Standar Inti 3).
- Gunakan informasi program dari lembaga kemanusiaan lainnya untuk menginformasikan analisis, pemilihan wilayah geografis, dan rencana respons.
- Secara teratur memperbarui beberapa kelompok koordinasi tentang kemajuan, pelaporan keterlambatan utama, kekurangan atau kapasitas cadangan lembaga (lihat Catatan Panduan 4).
- Berkolaborasi dengan lembaga-lembaga kemanusiaan lainnya untuk memperkuat advokasi kritis masalah kemanusiaan bersama.
- Menetapkan kebijakan yang jelas dan praktik mengenai keterlibatan lembaga dengan aktor-aktor non-kemanusiaan, berdasarkan tujuan dan prinsip-prinsip kemanusiaan (lihat Catatan Panduan 5).

Indikator kunci (untuk dibaca bersama dengan Catatan Panduan)

- Laporan pengkajian dan informasi tentang rencana program dan kemajuan secara berkala disampaikan kepada kelompok koordinasi yang relevan (lihat Catatan Panduan 4).

- Kegiatan kemanusiaan dari instansi lain di dalam wilayah geografis atau sektoral yang sama tidak terduplikasi.
- Komitmen yang dibuat pada pertemuan koordinasi ditindaklanjuti dan dilaporkan pada waktu yang tepat.
- Tindakan tanggap darurat lembaga memperhitungkan kapasitas dan strategi lembaga kemanusiaan lainnya, organisasi-organisasi masyarakat sipil, dan pihak berwenang terkait.

Catatan Panduan

1. **Respons terkoordinasi:** cakupan program yang memadai, ketepatan waktu, dan mutu memerlukan tindakan bersama. Partisipasi aktif dalam upaya koordinasi memungkinkan pemimpin koordinasi untuk membangun pembagian kerja dan tanggung jawab yang jelas dan tepat waktu, mengukur sejauh mana kebutuhan bersama terpenuhi, mengurangi pengulangan, dan mengatasi kesenjangan cakupan dan mutu. Respons yang terkoordinasi, pengkajian antar-lembaga yang tepat waktu, dan berbagi informasi, mengurangi beban masyarakat yang terkena dampak yang mungkin menjadi sumber informasi yang sama dari serangkaian tim pengkaji. Kerjasama dan, jika memungkinkan, berbagi sumber daya dan peralatan mengoptimalkan kapasitas masyarakat, tetangga mereka, pemerintah setempat, penyandang dana, dan badan-badan kemanusiaan dengan keahlian dan mandat yang berbeda.

Partisipasi dalam mekanisme koordinasi sebelum bencana menetapkan hubungan dan meningkatkan koordinasi selama tanggap darurat. Organisasi masyarakat sipil lokal dan pihak berwenang tidak dapat berpartisipasi jika mekanisme koordinasi tampaknya hanya relevan untuk badan-badan internasional. Hormati penggunaan bahasa lokal dalam pertemuan dan dalam komunikasi bersama lainnya. Identifikasi pelaku masyarakat sipil setempat dan jaringan yang terlibat dalam tanggap darurat dan dorong mereka dan lembaga-lembaga kemanusiaan lokal dan internasional lainnya untuk berpartisipasi. Pekerja yang mewakili lembaga dalam rapat koordinasi harus memiliki informasi keahlian dan kewenangan yang tepat, untuk memberikan kontribusi terhadap perencanaan dan pengambilan keputusan.

2. **Mekanisme koordinasi umum** meliputi rapat – umum (untuk seluruh program), sektoral (seperti kesehatan), dan lintas sektoral (seperti gender) – dan mekanisme berbagi informasi (seperti basis data pengkajian dan informasi kontekstual). Rapat yang menyatukan berbagai sektor dapat mengatasi kebutuhan setiap orang secara keseluruhan, bukan parsial (misalnya permukiman sementara, air, sanitasi, kebersihan, dan kebutuhan psikososial adalah saling terkait). Informasi yang relevan harus dibagi antara mekanisme koordinasi yang berbeda untuk memastikan koordinasi yang terpadu di semua program.



Dalam semua konteks koordinasi, komitmen dari instansi untuk berpartisipasi akan terpengaruh oleh kualitas mekanisme koordinasi. Pemimpin koordinasi memiliki tanggung jawab untuk memastikan bahwa pertemuan dan informasi dikelola dengan baik, efisien, dan berorientasi hasil. Lembaga yang berpartisipasi harus melakukan advokasi dan mendukung peningkatan mekanisme koordinasi.

3. **Koordinasi peran:** merupakan peran negara yang terkena dampak untuk melakukan koordinasi tanggap darurat organisasi kemanusiaan yang membantu. Lembaga-lembaga kemanusiaan memiliki peran penting untuk mendukung fungsi koordinasi negara. Namun, dalam beberapa konteks, mekanisme koordinasi alternatif mungkin tepat jika, misalnya, otoritas negara itu sendiri bertanggung jawab atas pelecehan dan pelanggaran atau bantuan mereka memihak atau jika negara bersedia untuk memainkan peran koordinasi, tetapi tidak memiliki kapasitas. Dalam situasi ini rapat koordinasi mungkin secara terpisah atau dipimpin oleh otoritas lokal dengan PBB atau ORNOP secara bersama-sama. Banyak lembaga besar yang berkecimpung dalam kedaruratan sekarang berkoordinasi melalui pendekatan gugus (*cluster*), dengan pengelompokan lembaga yang bekerja di sektor yang sama di bawah pimpinan suatu lembaga utama.
4. **Berbagi data yang efisien** akan meningkat jika informasi tersebut mudah digunakan (jelas, relevan, singkat) dan mengikuti protokol kemanusiaan global yang secara teknis dapat sesuai dengan data lembaga lain (lihat Standar Inti 3). Frekuensi yang tepat dalam berbagi data adalah khusus terhadap lembaga dan kontekstual, tetapi harus tetap relevan. Informasi sensitif harus tetap dirahasiakan (lihat Standar Inti 3-4).
5. **Militer dan sektor swasta:** sektor swasta dan militer asing maupun nasional semakin menjadi bagian dari proses pemberian bantuan dan, oleh sebab itu, memengaruhi upaya koordinasi. Militer membawa sumber daya dan keahlian tertentu, termasuk keamanan, transportasi, logistik, dan komunikasi. Namun, kegiatan mereka dapat mengaburkan perbedaan penting antara tujuan-tujuan kemanusiaan dan atau agenda politik atau militer dan menciptakan risiko keamanan masa depan. Setiap hubungan dengan militer harus dalam pelayanan, dan dipimpin oleh lembaga-lembaga kemanusiaan sesuai dengan Panduan yang telah disahkan. Beberapa lembaga akan mempertahankan dialog minimum untuk menjamin efisiensi operasional (misalnya program berbagi informasi dasar) sedangkan yang lain mungkin menjalin hubungan yang lebih kuat (misalnya penggunaan aset militer). Dalam semua kasus, lembaga-lembaga kemanusiaan harus tetap jelas berbeda dari militer untuk menghindari hubungan yang nyata atau yang dirasakan terkait dengan agenda politik atau militer yang dapat membahayakan kemandirian, kredibilitas, dan keamanan lembaga serta akses kepada penduduk terkena bencana. Sektor swasta dapat membawa efisiensi komersial, keahlian tambahan, dan sumber daya untuk lembaga-lembaga kemanusiaan. Berbagi informasi diperlukan untuk menghindari duplikasi dan untuk mempromosikan praktik kemanusiaan yang baik.

Kemitraan antara pekerja kemanusiaan dengan sektor swasta penting dilakukan demi kepentingan dan tujuan kemanusiaan.

Standar Inti 3: Pengkajian

Prioritas kebutuhan penduduk yang terkena bencana diidentifikasi melalui pengkajian kontekstual yang sistematis, risiko untuk hidup bermartabat dan kemampuan masyarakat yang terkena dampak serta pihak berwenang terkait untuk melakukan respons.

Aksi kunci (untuk dibaca bersama dengan Catatan Panduan)

- Cari dan gunakan informasi prabencana tentang kapasitas kemanusiaan lokal, dan penduduk yang terkena dampak yang lebih luas, konteks dan faktor lainnya yang dapat meningkatkan risiko setiap orang terhadap bencana (lihat Catatan Panduan 1).
- Segera melakukan pengkajian awal, membangun informasi prabencana untuk menilai perubahan dalam konteks yang disebabkan oleh bencana, melakukan identifikasi faktor-faktor baru yang menciptakan atau meningkatkan kerentanan (lihat Catatan Panduan 2).
- Melaksanakan kajian cepat secepat mungkin, diikuti dengan pengkajian yang mendalam berikutnya bila waktu dan situasi memungkinkan (lihat Catatan Panduan 3).
- Pilih data penduduk setidaknya menurut jenis kelamin dan usia (lihat Catatan Panduan 4).
- Gunakan berbagai pengkajian yang tersedia – termasuk perempuan dan laki-laki dari segala usia, perempuan hamil, anak laki-laki, dan setiap orang rentan lainnya yang terkena bencana serta populasi yang lebih luas (lihat Standar Inti 1 Catatan Panduan 5–6).
- Sedapat mungkin berpartisipasi dalam pengkajian antar-lembaga atau multisektoral
- Mengumpulkan informasi secara sistematis, dengan menggunakan berbagai metode, triangulasi dengan informasi yang dikumpulkan dari berbagai sumber dan lembaga dan mendokumentasikan data saat mereka dikumpulkan (lihat Catatan Panduan 7).
- Mengkaji kemampuan bertahan, keterampilan, sumber daya, dan strategi pemulihan setiap orang yang terkena dampak (lihat Catatan Panduan 8).
- Mengkaji rencana tindakan tanggap dan kapasitas negara.
- Menilai dampak bencana pada kesejahteraan psikososial individu dan masyarakat.
- Mengkaji potensi keselamatan penduduk yang terkena bencana dan pekerja bantuan, termasuk potensi tindakan tanggap terhadap konflik yang memburuk atau menciptakan ketegangan antara penduduk setempat dan populasi yang terkena dampak (lihat Catatan Panduan 9).
- Berbagi data pengkajian secara tepat waktu dan dalam format yang dapat



diakses oleh lembaga kemanusiaan lainnya (lihat Standar Inti 2 dan Catatan Panduan 10).

Indikator kunci (untuk dibaca bersama dengan Catatan Panduan)

- Kebutuhan yang telah dikaji secara terbuka dan dikaitkan dengan kemampuan masyarakat yang terkena dampak dan negara untuk melakukan tanggap darurat.
- Laporan pengkajian cepat dan mendalam memuat pandangan yang mewakili semua orang yang terkena dampak, termasuk anggota kelompok rentan dan setiap orang dari penduduk sekitarnya.
- Laporan kajian berisi data terpilah, paling tidak berdasarkan jenis kelamin dan usia.
- Laporan kajian yang mendalam mengandung informasi dan analisis kerentanan, konteks, dan kapasitas.
- Penggunaan format pengkajian yang telah disepakati dan didukung secara luas.
- Pengkajian cepat telah diikuti dengan pengkajian yang mendalam terhadap populasi yang terpilih untuk diintervensi.

Catatan Panduan

1. **Informasi prabencana:** Sebuah penyatuan informasi bersama yang ada sangat berharga bagi pengkajian awal dan cepat. Sejumlah besar informasi hampir selalu tersedia tentang konteks (misalnya politik, sosial, ekonomi, keamanan, konflik, dan lingkungan alam) dan masyarakat (seperti usia, jenis kelamin, kesehatan, spiritualitas, budaya, dan pendidikan). Sumber informasi ini termasuk kementerian negara terkait (misalnya kesehatan dan data sensus), atau lembaga penelitian akademis, organisasi berbasis masyarakat dan lokal dan lembaga-lembaga kemanusiaan internasional yang ada sebelum bencana. Kesiap-siagaan bencana dan inisiatif peringatan dini, perkembangan baru dalam pemetaan bersama berbasis web, sumber-sumber dari masyarakat dan platform ponsel (seperti *Ushahidi*) juga menghasilkan basis data informasi yang relevan.
2. **Pengkajian awal,** biasanya dilakukan pada jam-jam pertama setelah bencana, mungkin hampir seluruhnya didasarkan pada informasi dari tangan kedua dan data yang sudah ada sebelumnya. Ini sangat penting untuk menginformasikan kebutuhan bantuan segera dan harus dilaksanakan dan informasi ini harus segera disebar.
3. **Pengkajian bertahap:** pengkajian adalah sebuah proses, bukan peristiwa yang berdiri sendiri. Pengkajian awal dan cepat memberikan dasar untuk pengkajian mendalam berikutnya yang memperdalam (tapi tidak mengulangi) temuan kajian sebelumnya. Hati-hati, karena pengkajian yang berulang terhadap kepedulian perlindungan yang peka seperti kekerasan berbasis gender bisa lebih berbahaya ketimbang bermanfaat bagi masyarakat dan individu.

4. **Data terpilih:** pemilahan rinci mungkin susah pada awalnya tetapi sangat penting untuk mengidentifikasi berbagai kebutuhan dan hak anak-anak dan setiap orang dewasa dari segala usia. Pada kesempatan pertama, pemilahan berdasarkan jenis kelamin dan usia untuk anak 0–5 tahun laki-laki/perempuan, 6–12 tahun laki-laki/perempuan, dan 13–17 tahun laki-laki/perempuan, dan kemudian pada rentang usia 10 tahun, misalnya 50–59 tahun, laki-laki/perempuan; 60–69 tahun, laki-laki/perempuan, 70–79 tahun, laki-laki/perempuan, 80 tahun ke atas, laki-laki/perempuan. Berbeda dengan kaitan usia di kelompok fisiologis pada bab kesehatan, pengelompokan ini mengatasi perbedaan terhadap berbagai hak dan budaya, isu-isu sosial terkait dengan usia.
5. Pengkajian berbasis kebutuhan mencakup **semua** populasi yang terkena dampak bencana. Upaya-upaya khusus diperlukan untuk mengkaji setiap orang di lokasi yang sulit dijangkau, misalnya setiap orang yang berada di luar kamp, yang secara geografis wilayahnya kurang bisa diakses, atau di keluarga angkat. Hal yang sama berlaku untuk setiap orang yang sulit diakses tetapi sering berisiko, seperti penyandang cacat, setiap orang tua, setiap orang yang harus tinggal di rumah, anak-anak dan pemuda, yang mungkin menjadi sasaran sebagai tentara anak atau dapat mengalami kekerasan berbasis gender.

Sumber informasi utama meliputi observasi langsung, diskusi kelompok fokus, survei, dan diskusi dengan selebar berbagai setiap orang dan kelompok mungkin (misalnya, otoritas lokal, laki-laki dan tokoh masyarakat perempuan, laki-laki tua dan perempuan, pekerja kesehatan, guru dan tenaga pendidikan lainnya, pedagang dan lembaga-lembaga kemanusiaan lainnya). Berbicara secara terbuka mungkin sulit atau berbahaya bagi sebagian orang. Bicaralah dengan anak-anak secara terpisah karena mereka tidak mungkin untuk berbicara di depan orang dewasa dan melakukannya dapat menempatkan anak-anak dalam risiko. Dalam kebanyakan kasus, perempuan dan anak perempuan harus diajak berkonsultasi di ruang terpisah. Pekerja kemanusiaan yang terlibat dalam pengumpulan informasi secara sistematis dari orang-orang yang telah dilecehkan atau dilanggar hak-haknya harus memiliki sistem dan keterampilan yang diperlukan agar aman dan tepat dalam melakukannya. Di daerah konflik, informasi dapat juga disalahgunakan dan menempatkan masyarakat dalam posisi berisiko lebih lanjut atau membahayakan kemampuan lembaga dalam beroperasi. Hanya dengan persetujuan pemiliknya informasi tentang mereka akan dibagi bersama dengan lembaga-lembaga kemanusiaan lainnya atau organisasi yang sesuai (lihat Prinsip Perlindungan 1).

Tidak akan mungkin untuk segera mengkaji semua mereka yang terkena dampak. Wilayah atau kelompok yang dikecualikan harus secara jelas dicatat dalam laporan pengkajian dan kembali kepada mereka pada kesempatan pertama.



6. **Mengkaji kerentanan:** risiko yang dihadapi oleh setiap orang akibat bencana akan bervariasi untuk individu dan kelompok yang berbeda. Beberapa orang mungkin rentan karena faktor individu seperti usia mereka (khususnya sangat muda dan sangat tua) dan penyakit (terutama setiap orang yang hidup dengan HIV dan AIDS). Tapi faktor individu saja tidak secara otomatis meningkatkan risiko. Perlu untuk dikaji berbagai faktor sosial dan kontekstual yang berkontribusi terhadap kerentanan, seperti diskriminasi dan marginalisasi (misalnya status rendah dan kekuatan perempuan dan anak perempuan); isolasi sosial, kerusakan lingkungan, variabilitas iklim, kemiskinan, kurangnya penguasaan tanah, tata pemerintahan yang buruk, kesukuan, kelas atau kasta, dan agama atau afiliasi politik. Pengkajian mendalam selanjutnya harus mengidentifikasi bahaya potensial, seperti perubahan pola risiko akibat penurunan kualitas lingkungan (misalnya erosi tanah atau deforestasi) dan perubahan iklim dan geologi (misalnya badai, banjir, kekeringan, tanah longsor, dan tingkat kenaikan permukaan laut).
7. **Pengumpulan data dan daftar kajian:** pengkajian informasi termasuk pergerakan penduduk dan jumlahnya harus diperiksa silang, divalidasi, dan dijadikan bahan rujukan sebagai sumber sebanyak mungkin. Jika pengkajian multisektoral yang awalnya tidak mungkin, beri perhatian ekstra untuk keterkaitan dengan pengkajian sektor individu lain, perlindungan isu berlapis-sanding lainnya. Sumber data dan tingkat pemilahan harus dicatat dan kematian dan kesakitan anak di bawah 5 tahun harus didokumentasikan sejak awal. Banyak daftar kajian untuk pengkajian yang tersedia, yang berdasarkan standar kemanusiaan yang telah disepakati (lihat daftar kajian di Lampiran dari beberapa bab teknis). Daftar kajian meningkatkan koherensi dan aksesibilitas data untuk lembaga lain, pastikan bahwa semua area kunci telah diperiksa untuk mengurangi bias individu atau organisasi. Sebuah format pengkajian umum antar-lembaga mungkin telah dikembangkan sebelum bencana atau disepakati pada saat melakukan tindakan tanggap. Dalam semua kasus, pengkajian harus menjelaskan tujuan dan metodologi yang akan digunakan dan menghasilkan informasi yang tidak memihak tentang dampak krisis terhadap mereka yang terkena dampak. Metode kuantitatif maupun kualitatif yang sesuai dengan konteks harus digunakan. Tim pengkaji harus, sejauh mungkin, terdiri dari perempuan dan laki-laki, generalis dan spesialis, termasuk mereka yang mempunyai kemampuan dalam mengumpulkan data peka-gender dan kemampuan berkomunikasi dengan anak-anak. Tim juga harus melibatkan setiap orang yang memahami lokasi dan bahasa setempat serta mampu berkomunikasi sesuai adat setempat
8. **Mengkaji kapasitas:** masyarakat memiliki kapasitas dalam mengatasi dan dalam pemulihan (lihat Standar Inti 1). Banyak mekanisme penanganan yang berkelanjutan dan membantu, sementara yang lain mungkin negatif, dengan konsekuensi jangka panjang yang berpotensi berbahaya, seperti penjualan aset atau konsumsi alkohol berat. Pengkajian harus mengidentifikasi strategi positif yang meningkatkan ketahanan serta alasan untuk strategi negatif.

9. **Mengkaji keamanan:** pengkajian keselamatan dan keamanan masyarakat setempat maupun yang terkena dampak bencana harus dilaksanakan secara menyeluruh sejak pengkajian awal, dan dalam mengidentifikasi ancaman kekerasan dan segala bentuk pemaksaan dan penolakan hak asasi manusia (lihat Prinsip Perlindungan 3).
10. **Berbagi pengkajian:** laporan pengkajian memberikan informasi yang sangat berharga untuk lembaga kemanusiaan lainnya, membuat data dasar dan meningkatkan transparansi keputusan tanggap darurat. Terlepas dari variasi dalam rancangan tiap lembaga, laporan pengkajian harus jelas dan ringkas, memungkinkan pengguna untuk mengidentifikasi prioritas tindakan dan menjelaskan metodologi mereka untuk menunjukkan keandalan data dan memungkinkan analisis komparatif jika diperlukan.

Standar Inti 4: Rancangan dan respons

Respons kemanusiaan memenuhi kebutuhan penduduk terkena bencana yang telah dikaji dalam kaitannya dengan konteks, risiko yang dihadapi, dan kapasitas masyarakat yang terkena dampak, dan negara untuk mengatasi dan melakukan tindakan pemulihan.

Aksi kunci (untuk dibaca bersama dengan Catatan panduan)

- Program dirancang berdasarkan hasil pengkajian kebutuhan, konteks, risiko yang dihadapi, dan kapasitas penduduk yang terkena dampak (lihat Standar Inti 3).
- Program dirancang untuk memenuhi kebutuhan yang tidak dapat atau tidak akan terpenuhi oleh negara atau setiap orang yang terkena dampak (lihat Catatan Panduan 1).
- Memprioritaskan tindakan penyelamatan kehidupan yang mengutamakan kebutuhan dasar hidup yang mendesak segera setelah terjadinya bencana.
- Pengkajian menggunakan data terpilah, menganalisis cara-cara di mana bencana telah memengaruhi individu-individu dan masyarakat yang berbeda, dan program dirancang untuk memenuhi kebutuhan khusus mereka.
- Tanggap darurat dirancang agar kelompok rentan memiliki akses penuh untuk dan perlindungan layanan bantuan (lihat Catatan Panduan 2).
- Pastikan bahwa pendekatan dan rancangan program mendukung semua aspek martabat baik untuk individu mau pun masyarakat yang terkena (lihat Standar Inti 1 dan Catatan Panduan 3).
- Analisis semua faktor kontekstual yang meningkatkan kerentanan masyarakat, merancang program untuk semakin mengurangi kerentanan mereka (lihat Standar Inti 3 dan Catatan Panduan 4).
- Program dirancang untuk mengurangi risiko yang diterima oleh setiap orang, yang memperburuk dinamika konflik atau yang menciptakan



ketidakamanan atau kesempatan untuk eksploitasi dan pelecehan (lihat Catatan Panduan 5 dan Prinsip Perlindungan 1).

- Secara progresif, kesenjangan antara kondisi yang telah dikaji dengan standar minimum *Sphere* harus dihilangkan untuk dapat memenuhi atau melampaui indikator *Sphere* (lihat Catatan Panduan 6).
- Rancangan program yang mempromosikan pemulihan awal, mengurangi risiko, dan meningkatkan kapasitas masyarakat yang terkena bencana untuk mencegah, mengurangi, atau mengatasi secara lebih baik dampak bahaya masa depan (lihat Catatan Panduan 7).
- Terus-menerus menyesuaikan program untuk menjaga relevansi dan kesesuaian (lihat Standar Inti 5).
- Meningkatkan pemulihan yang berkelanjutan dengan merencanakan dan mengkomunikasikan strategi-keluar bersama dengan penduduk yang terkena bencana selama tahap-tahap awal pelaksanaan program.

Indikator kunci (untuk dibaca bersama dengan Catatan Panduan)

- Rancangan program didasarkan pada analisis kebutuhan khusus dan risiko yang dihadapi oleh kelompok-kelompok orang yang berbeda.
- Program dirancang untuk mengatasi kesenjangan antara kebutuhan masyarakat dan kapasitas mereka atau negara dalam memenuhinya.
- Rancangan program diperbaiki untuk mencerminkan perubahan dalam konteks, risiko, kapasitas, dan kebutuhan masyarakat
- Rancangan program mencakup tindakan untuk mengurangi kerentanan masyarakat terhadap bahaya masa depan dan meningkatkan kapasitas mereka untuk mengelola dan mengatasinya.

Catatan Panduan

1. **Mendukung kapasitas yang ada:** ini adalah peran utama dan tanggung jawab negara untuk memberikan bantuan tepat waktu dan perlindungan bagi mereka yang terkena dampak (lihat Piagam Kemanusiaan paragraf 2). Campur tangan diperlukan jika penduduk yang terkena dan/atau negara tidak memiliki kapasitas yang cukup untuk menanggapi (khususnya di awal tindakan tanggap) atau jika negara atau otoritas yang berwenang secara aktif melakukan diskriminasi terhadap setiap orang dan/atau kelompok tertentu di daerah yang terkena dampak. Dalam semua kasus, kapasitas dan niat dari negara terhadap seluruh anggota masyarakat yang terkena dampak menunjukkan skala dan jenis aksi kemanusiaan.
2. **Akses:** bantuan diberikan kepada mereka yang membutuhkan, tanpa diskriminasi (lihat Prinsip Perlindungan 2). Akses masyarakat terhadap bantuan dan kemampuan mereka untuk menggunakan dan memanfaatkan bantuan ditingkatkan melalui penyediaan informasi yang tepat waktu dan melalui desain yang sesuai dengan kebutuhan khusus mereka dan budaya serta pertimbangan keamanan (misalnya antrian terpisah untuk setiap orang tua atau perempuan dengan anak-anak dalam distribusi makanan). Hal ini diperkuat dengan adanya partisipasi dalam desain khusus

perempuan, laki-laki, anak perempuan, dan anak laki-laki dari segala usia. Akses ditingkatkan melalui target kriteria yang dirancang hati-hati dan proses yang dikomunikasikan serta dipahami secara luas oleh masyarakat dan dipantau secara sistematis. Tindakan yang diuraikan dalam bab-bab teknis memfasilitasi akses yang sama melalui pertimbangan desain, seperti mencari lokasi fasilitas di daerah yang aman.

3. **Landasan hidup bermartabat** adalah jaminan akses terhadap pelayanan dasar, keamanan, dan penghormatan terhadap hak asasi manusia (lihat Piagam Kemanusiaan). Secara **sama**, bagaimana respons kemanusiaan diterapkan sangat memengaruhi martabat dan kesejahteraan dari penduduk yang terkena dampak bencana. Pendekatan program yang menghormati nilai dari setiap individu, dukungan identitas agama dan budaya mereka, mempromosikan swadaya berbasis masyarakat, dan mendorong dukungan positif jaringan sosial, semua berkontribusi terhadap kesejahteraan psikososial dan merupakan elemen penting dari hak setiap orang untuk hidup bermartabat.
4. **Konteks dan kerentanan:** faktor sosial, politik, budaya, ekonomi, konflik, dan lingkungan alam dapat meningkatkan kerentanan masyarakat terhadap bencana; perubahan dalam konteks yang baru dapat membuat setiap orang rentan (lihat Standar Inti 3). Kelompok rentan mungkin menghadapi beberapa faktor secara simultan (misalnya setiap orang tua yang merupakan anggota kelompok etnis yang terpinggirkan). Tindakan faktor pribadi dan kontekstual yang meningkatkan risiko harus dianalisis dan program harus dirancang untuk menangani dan mengurangi risiko tersebut dan membuat sasaran kebutuhan kelompok rentan.
5. **Kepekaan terhadap konflik:** bantuan kemanusiaan dapat memiliki dampak negatif yang tidak diinginkan. Sumber daya bantuan yang berharga dapat meningkatkan eksploitasi dan pelecehan dan mengakibatkan persaingan, penyalahgunaan, atau ketidaktepatan bantuan. Kelaparan bisa menjadi senjata dalam peperangan (misalnya pengosongan wilayah secara sengaja atau pemaksaan pemberian aset). Bantuan dapat memengaruhi secara negatif terhadap masyarakat yang lebih luas dan memperkuat hubungan kekuasaan yang tidak seimbang antara kelompok yang berbeda, termasuk laki-laki dan perempuan. Analisis dan rancangan yang cermat dapat mengurangi potensi bantuan yang meningkatkan konflik dan ketidakamanan (termasuk saat bencana alam). Desain dibuat sedemikian rupa untuk menjamin distribusi sasaran bantuan yang adil dan tidak memihak.

Lindungi keselamatan dan martabat masyarakat dengan menghormati informasi rahasia pribadi. Misalnya, setiap orang yang hidup dengan HIV dan AIDS mendapat stigma; korban pelanggaran hak asasi manusia harus dijamin mendapat bantuan secara aman (lihat Standar Inti 3).

6. **Pemenuhan standar minimum Sphere:** waktu yang dibutuhkan untuk mencapai standar minimum akan tergantung pada konteks dan akan



dipengaruhi oleh sumber daya, akses, rasa tidak aman, dan standar hidup daerah tersebut sebelum bencana. Ketegangan dapat muncul jika masyarakat yang terkena bencana mendapat standar yang melebihi dari masyarakat setempat dan/atau masyarakat yang lebih luas, atau sebaliknya yang memperburuk kondisi mereka. Strategi dikembangkan untuk meminimalkan kesenjangan dan risiko dengan, misalnya, meredakan dampak negatif dari tindakan tanggap terhadap lingkungan alam yang lebih luas dan ekonomi dan advokasi untuk meningkatkan standar masyarakat setempat. Di mana dan bila mungkin, tingkatkan cakupan dari respons dengan menyertakan masyarakat setempat.

7. ***Pemulihan awal dan pengurangan risiko:*** Tindakan yang diambil pada kesempatan pertama untuk memperkuat kapasitas lokal, bekerja dengan sumber daya lokal, dan memulihkan pelayanan, pendidikan, pasar, dan peluang mata pencarian akan mendorong pemulihan ekonomi awal dan kemampuan masyarakat untuk mengelola risiko setelah bantuan dari luar berakhir (lihat Standar Inti 1). Paling tidak, respons aksi kemanusiaan tidak membahayakan atau mengganggu kualitas hidup bagi generasi mendatang dan secara tidak sengaja memberikan kontribusi terhadap bahaya masa depan (melalui, misalnya, penggundulan hutan dan penggunaan sumber daya alam yang berlebihan).

Setelah ancaman langsung terhadap kehidupan telah stabil, analisis bahaya sekarang dan (beberapa) bahaya potensial di masa depan (seperti yang diakibatkan oleh perubahan iklim). Rancangan dibuat untuk mengurangi risiko di masa mendatang. Sebagai contoh, ambil kesempatan pada saat melakukan tanggap darurat untuk berinvestasi dalam pengurangan risiko dan 'membangun kembali yang lebih aman'. Contohnya termasuk membangun rumah tahan gempa dan tahan badai, melindungi lahan basah yang menyerap gelombang badai, dan mendukung pengembangan kebijakan dan inisiatif berbasis masyarakat dalam peringatan dini dan kesiapsiagaan bencana.

Standar Inti 5: Kinerja, transparansi, dan pembelajaran

Kinerja lembaga kemanusiaan terus diperiksa dan dikomunikasikan kepada pemangku kepentingan; proyek diadaptasi untuk memperbaiki kinerja.

Aksi kunci (untuk dibaca bersama dengan Catatan Panduan)

- Membangun mekanisme sistematis namun sederhana, tepat waktu, dan partisipatif untuk memantau kemajuan terhadap semua standar *Sphere* yang relevan dan prinsip-prinsipnya, hasil dan kegiatan (lihat Catatan Panduan 1).

- Membangun mekanisme dasar untuk memantau secara keseluruhan kinerja lembaga berkenaan dengan pengelolaan dan sistem pengendalian mutu lembaga (lihat Catatan Panduan 2).
- Memantau hasil dan, jika memungkinkan, dampak awal dari respons kemanusiaan terhadap masyarakat yang terkena dampak dan yang lebih luas (lihat Catatan Panduan 3).
- Menetapkan mekanisme yang sistematis agar strategi program dapat beradaptasi dalam menanggapi data pemantauan, perubahan kebutuhan, dan konteks yang berkembang (lihat Catatan Panduan 4).
- Melakukan refleksi dan latihan pembelajaran secara berkala sepanjang pelaksanaan tindakan tanggap darurat.
- Melakukan evaluasi akhir atau bentuk lain dari tinjauan pembelajaran program, dengan mengacu pada tujuan tersebut, prinsip-prinsip, dan standar minimum yang disepakati (lihat Catatan Panduan 5).
- Berpartisipasi bersama, antar-instansi dan inisiatif pembelajaran kolaboratif di mana pun layak.
- Berbagi temuan pemantauan kunci dan, apabila diperlukan, temuan-temuan dari evaluasi dan proses belajar kunci dengan penduduk yang terkena bencana, pihak berwenang yang relevan dan kelompok koordinasi pada waktu yang tepat (lihat Panduan catatan 6).

Indikator kunci (untuk dibaca bersama dengan Catatan Panduan)

- Program diadaptasi sesuai informasi pemantauan dan pembelajaran.
- Sumber-sumber pengawasan dan evaluasi termasuk pandangan dari sejumlah perwakilan yang ditargetkan oleh respons, serta berasal dari masyarakat setempat jika berbeda.
- Secara teratur, informasi perkembangan yang akurat, diperbarui, umum dibagikan kepada masyarakat yang ditargetkan oleh tindakan tanggap dan pemerintah daerah terkait dan lembaga kemanusiaan lainnya.
- Kinerja secara teratur dipantau terkait dengan semua Standar Inti *Sphere* dan Standar Minimum teknis yang relevan (dan standar kinerja lembaga terkait atau global), dan hasil utama dibagi bersama dengan para pemangku kepentingan kunci (lihat Catatan Panduan 6).
- Secara konsisten, lembaga melakukan evaluasi yang objektif atau ulasan pembelajaran dari respons kemanusiaan sesuai dengan standar yang diakui evaluasi praktis (lihat Catatan Panduan 6).

Catatan Panduan

1. **Pemantauan** membandingkan tujuan dengan hasil. Ini mengukur kemajuan terhadap tujuan dan indikator proyek dan dampaknya terhadap kerentanan dan konteks. Pemantauan informasi membantu perbaikan proyek, melakukan verifikasi kriteria yang telah ditargetkan dan apakah bantuan mencapai masyarakat yang dimaksud. Ini memungkinkan para pengambil keputusan untuk mendapatkan masukan dari komunitas dan mengidentifikasi masalah dan tren yang muncul. Hal ini juga merupakan kesempatan bagi lembaga



untuk menyediakan, serta mengumpulkan informasi. Pemantauan yang efektif adalah yang menggunakan metode yang sesuai dengan program dan konteks, menggabungkan data kualitatif dan kuantitatif yang sesuai dan memelihara catatan secara konsisten. Keterbukaan dan komunikasi (transparansi) tentang pemantauan informasi meningkatkan akuntabilitas terhadap masyarakat yang terkena bencana. Pengawasan yang dilakukan oleh masyarakat sendiri lebih meningkatkan transparansi dan kualitasnya serta kepemilikan masyarakat terhadap informasi.

Kejelasan tentang tujuan penggunaan dan pengguna data harus menentukan apa yang dikumpulkan dan bagaimana disajikan. Data harus disajikan dalam format ringkas yang dapat diakses dan dapat memfasilitasi pembagian serta pengambilan keputusan.

2. **Kinerja lembaga** tidak terbatas pada ukuran tingkat pencapaian program. Mencakup fungsi lembaga secara keseluruhan – kemajuan terhadap aspek-aspek seperti hubungan dengan organisasi lain, kepatuhan terhadap praktik kemanusiaan yang baik, kode etik dan prinsip-prinsip serta efektivitas dan efisiensi sistem pengelolaan. Pendekatan jaminan mutu seperti *Quality Compas* Groupe URD dapat digunakan untuk menilai kinerja lembaga secara keseluruhan.
3. **Pemantauan dampak:** perlahan-lahan, penilaian dampak (efek lebih luas dari intervensi dalam jangka pendek sampai jangka menengah, positif atau negatif, dimaksudkan atau yang tidak disengaja) dipandang layak dan penting untuk respons kemanusiaan. Pengkajian dampak adalah bidang yang penting dan sedang berkembang, menghubungkan kontribusi kemanusiaan tertentu terhadap perubahan masyarakat, konteks yang kompleks dan saling terkait. Masyarakat yang terkena dampak adalah hakim terbaik untuk perubahan hidup mereka, maka hasil dan pengkajian dampak harus mencakup umpan balik dari masyarakat, pendekatan “mendengarkan” dan pendekatan partisipatif kualitatif lain, dan juga pendekatan kuantitatif.
4. **Mempertahankan relevansi:** pemantauan secara berkala harus mengecek apakah program selalu relevan untuk masyarakat yang terkena dampak. Temuan-temuan digunakan untuk melakukan perbaikan program.
5. **Metode untuk memeriksa kinerja:** pendekatan yang berbeda sesuai untuk kinerja, pembelajaran, dan akuntabilitas yang berbeda. Berbagai metode dapat digunakan termasuk pemantauan dan evaluasi, pengkajian dampak partisipatif dan latihan mendengarkan, alat jaminan mutu, audit internal dan pembelajaran serta latihan umpan balik.

Evaluasi program biasanya dilakukan pada akhir program, merekomendasikan perubahan kebijakan organisasi dan program masa depan. Pemantauan kinerja dan ‘evaluasi secara real-time’ juga bisa dilakukan selama tindakan tanggap berlangsung, menyebabkan perubahan drastis dalam kebijakan dan praktik. Evaluasi biasanya dilakukan oleh evaluator dari luar yang independen, tetapi anggota pekerja dari dalam organisasi juga dapat melakukan evaluasi program selama mereka melakukannya melalui pendekatan yang objektif. Biasanya dilakukan oleh pekerja lembaga

yang tidak terlibat dalam tindakan tanggap itu sendiri. Evaluasi untuk kemanusiaan menggunakan satu set delapan dimensi yang dikenal sebagai kriteria DAC (*Development Assistance Committee*): relevansi, kecocokan, keterkaitan, koherensi, cakupan, efisiensi, efektivitas, dan dampak.

6. **Kinerja sektoral:** berbagi informasi tentang kemajuan masing-masing lembaga terhadap standar minimum *Sphere* dengan kelompok koordinasi mendukung pemantauan respons yang luas dan menciptakan sumber tak ternilai atas data kinerja sektoral.

Standar Inti 6: Kinerja pekerja kemanusiaan

Lembaga-lembaga kemanusiaan menyediakan pengelolaan yang tepat, dukungan psikososial dan pengawasan, yang memungkinkan pekerja bantuan untuk memiliki pengetahuan, keterampilan, perilaku dan sikap untuk merencanakan dan melaksanakan suatu respons aksi kemanusiaan yang efektif yang manusiawi dan terhormat.

Aksi kunci (untuk dibaca bersama dengan Catatan Panduan)

- Bekali pengelola dengan pelatihan kepemimpinan yang memadai, keakraban dengan kebijakan kunci dan sumber daya untuk mengelola secara efektif (lihat Catatan Panduan 1).
- Susun prosedur perekrutan yang sistematis, adil, dan transparan untuk menarik jumlah calon yang sesuai (lihat Catatan Panduan 2).
- Rekrut tim dengan keseimbangan perempuan dan laki-laki, etnis, umur, dan latar belakang sosial sehingga keragaman tim sesuai dengan konteks dan budaya setempat.
- Beri pekerja kemanusiaan (pekerja, relawan dan konsultan, baik nasional mau pun internasional) pengenalan kondisi tepat waktu yang memadai, briefing, garis pelaporan yang jelas dan deskripsi pekerjaan diperbarui agar memungkinkan mereka dalam memahami tanggung jawab mereka, sasaran kerja, nilai-nilai organisasi, kebijakan utama, dan konteks lokal.
- Buat Pegangan keamanan dan Pegangan evakuasi, kebijakan kesehatan dan keselamatan dan gunakan untuk memberikan informasi singkat bagi pekerja kemanusiaan sebelum mereka mulai bekerja dengan lembaga.
- Pastikan bahwa para pekerja kemanusiaan memiliki akses perawatan kesehatan dan dukungan psikososial.
- Tetapkan kode etik pribadi untuk pekerja kemanusiaan yang melindungi setiap orang yang terkena dampak bencana dari pelecehan seksual, korupsi, eksploitasi, dan pelanggaran hak asasi manusia lainnya. Berbagi kode dengan setiap orang yang terkena dampak bencana (lihat Catatan Panduan 3).
- Promosikan budaya penghormatan terhadap penduduk yang terkena bencana (lihat Catatan Panduan 4).



- Tetapkan prosedur pengaduan dan mengambil tindakan disipliner yang sesuai terhadap pekerja kemanusiaan yang melakukan pelanggaran terhadap kode etik lembaga.
- Laksanakan penilaian rutin pekerja dan relawan dan memberikan umpan balik tentang kinerja dalam hubungannya dengan tujuan pekerjaan, pengetahuan, keterampilan, perilaku, dan sikap.
- Dukung pekerja kemanusiaan untuk mengelola beban kerja mereka dan meminimalkan stres (lihat Catatan Panduan 5).
- Mengaktifkan pekerja dan manajer untuk bersama-sama mengidentifikasi peluang untuk belajar terus-menerus dan pengembangan (lihat Catatan Panduan 6).
- Memberikan dukungan yang tepat untuk membantu pekerja yang mengalami atau menyaksikan tindakan atau peristiwa yang sangat menyedihkan (lihat Catatan Panduan 7).

Indikator kunci (untuk dibaca bersama dengan Catatan Panduan)

- Ulasan kinerja pekerja dan relawan menunjukkan tingkat kompetensi yang memadai dalam kaitannya dengan pengetahuan, keterampilan, sikap, perilaku, dan tanggung jawab yang diuraikan dalam deskripsi pekerjaan mereka.
- Pekerja kemanusiaan harus menghindari tindakan yang melanggar kode etik, perilaku kasar dan korup.
- Prinsip-prinsip, atau serupa dengan, dari *People In Aid* tercermin dalam praktik dan kebijakan lembaga.
- Pengawasan terhadap penyakit, cedera pada pekerja kemanusiaan dan isu-isu kesehatan terkait stres tetap stabil, atau menurun selama tindakan tanggap bencana.

Catatan Panduan

1. **Pengelolaan praktik yang baik:** sistem pengelolaan masyarakat tergantung pada lembaga dan konteks tetapi para pengelola dan pengawas harus akrab dengan *Code of Good Practice* dari *People In Aid* yang mencakup kebijakan dan Pegangan perencanaan, rekrutmen, pengelolaan, pembelajaran dan pengembangan, transisi pada akhir kontrak, dan penyebaran pekerja kemanusiaan untuk lembaga-lembaga internasional.
2. **Prosedur perekrutan** harus terbuka dan dapat dipahami oleh semua pekerja dan pemohon. Transparansi tersebut meliputi pengembangan dan berbagi deskripsi pekerjaan yang relevan dan diperbarui untuk setiap posisi dan sangat penting untuk membentuk tim yang beragam dan kompeten. Tim yang ada dapat meningkatkan kesesuaian dan keragaman melalui perekrutan baru yang sesuai keperluan. Penambahan pekerja yang cepat dapat menyebabkan perekrutan anggota tim yang tidak berpengalaman dan harus didukung oleh pekerja yang berpengalaman.
3. **Kendali pekerja bantuan** atas pengelolaan dan alokasi sumber daya bantuan yang berharga menempatkan mereka dalam posisi kekuasaan

atas penduduk yang terkena dampak bencana. Kekuasaan atas masyarakat seperti ini bergantung pada bantuan, dan perlindungan jaringan sosial yang telah terganggu atau hancur dapat menyebabkan korupsi dan penyalahgunaan. Perempuan, anak-anak, dan para penyandang cacat sering dipaksa ke dalam situasi pelecehan seksual. Aktivitas seksual tidak pernah boleh digunakan sebagai imbalan terhadap bantuan kemanusiaan atau perlindungan. Tidak ada individu yang terkait dengan aksi kemanusiaan (personel pekerja kemanusiaan dan militer, abdi negara, atau personel sektor swasta) yang menjadi bagian dari penyalahgunaan, korupsi atau eksploitasi seksual. Kerja paksa bagi setiap orang dewasa atau anak-anak, penggunaan narkoba dan perdagangan barang dan jasa oleh personel kemanusiaan yang berhubungan dengan distribusi kemanusiaan juga dilarang.

4. **Pekerja kemanusiaan harus menghormati** nilai-nilai dan martabat penduduk yang terkena bencana dan menghindari perilaku (seperti pakaian yang tidak pantas) yang secara budaya tidak bisa diterima mereka.
5. **Pekerja bantuan sering bekerja berjam-jam** dalam stres dan dalam kondisi berisiko. Menjadi tugas lembaga untuk memberikan pelayanan kepada para pekerja termasuk tindakan untuk meningkatkan kesejahteraan dan menghindari kelelahan jangka panjang, cedera, atau sakit. Manajer harus membuat pekerja kemanusiaan sadar akan risiko dan melindungi mereka dari paparan ancaman yang tidak perlu untuk fisik dan emosional kesehatan mereka melalui, misalnya, pengelolaan keamanan yang efektif, istirahat yang cukup dan penyembuhan, dukungan aktif untuk bekerja dengan jam kerja yang wajar dan akses ke dukungan psikologis. Manajer dapat mempromosikan tugas perawatan melalui pemodelan praktik yang baik dan sesuai dengan kebijakan. Pekerja bantuan juga perlu mengambil tanggung jawab pribadi untuk mengelola kesejahteraan mereka.
6. **Pada tahap awal bencana**, pengembangan kapasitas pekerja mungkin dibatasi. Seiring waktu, melalui penilaian kinerja dan umpan balik dari pekerja, pengelola harus mengidentifikasi dan mendukung area-area untuk belajar dan pengembangan. Kesiapsiagaan bencana juga memberikan kesempatan untuk mengidentifikasi dan mengembangkan kompetensi yang terkait dengan kemanusiaan.
7. **Pertolongan pertama psikologis** harus segera tersedia untuk para pekerja yang mengalami atau menyaksikan peristiwa yang sangat menyedihkan (lihat Layanan Kesehatan Dasar – Kesehatan Jiwa Standar 1 dan bahan rujukan serta bacaan lanjutan lainnya). *Debriefing* psikologis tidak terlalu efektif dan tidak harus disediakan.



Bahan rujukan dan bahan bacaan lanjutan

Sumber masing-masing bab

Aksi kemanusiaan yang berpusat pada masyarakat

Emergency Capacity Building (ECB) Project (2007), Impact Measurement and Accountability in Emergencies: The Good Enough Guide. Oxfam Publishing. Oxford. www.oxfam.org.uk/publications

Human Accountability Partnership (HAP) International (forthcoming), Standar in Accountability and Quality Management. Geneva. www.hapinternational.org/projects/standar/hap_2010_standar.aspx

Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2007), IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva.

Koordinasi dan kerjasama

Global Humanitarian Platform (2007), Global Humanitarian Principles of Partnership. A Statement of Commitment Endorsed by the Global Humanitarian Platform. Geneva. www.globalkemanusiaanplatform.org/pop.html

IASC (2008), Guidance Note on using the Cluster Approach to Strengthen Humanitarian Response. Geneva.

IASC, Global Cluster Approach: <http://onetindakan.tanggap.info/GlobalClusters/Pages/default.aspx>

IASC and United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA) (2008), Civil-Military Guidelines and Reference for Complex Emergencies. New York. <http://ochaonline.un.org/cmcs/guidelines>

OCHA (2007), Guidelines on the Use of Foreign Military and Civil Defence Assets In Disaster Support – “Oslo Guidelines”. Rev. 1.1. Geneva. <http://ochaonline.un.org/cmcs>

Pengkajian

IASC (2003), Initial Rapid Assessment (IRA) Guidance Notes for Country Level. Geneva.

www.humanitarianreform.org/humanitarianreform/Portals/1/cluster%20

[approach%20page/clusters%20pages/health%20cluster/RT/IRA_Guidance_Country%20Level_field_test.doc](#)

IASC (forthcoming), Needs Assessment Task Force (NATF) Operational Guidance for Needs Assessments.

Ushahidi mobile phone-based information gathering and sharing: www.usahidi.com

Rancangan dan Respons

Conflict Sensitivity Consortium: www.conflictsensitivity.org/

Early Recovery Tools and Guidance: <http://onetindakan.tanggap.info/GlobalClusters/Early%20Recovery/Pages/Tools%20and%20Guidance.aspx>

IASC (2006), Women, Girls, Boys and Men: Different Needs – Equal Opportunities (The Gender Handbook in Humanitarian Action). Geneva. <http://oneresponse.info/crosscutting/gender/Pages/gender.aspx>

Prevention Consortium (2007), Vulnerability and Capacity Analysis Guidance Note 9. Geneva. www.proventionconsortium.org/themes/default/pdfs/tools_for_mainstreaming_GN9.pdf

United Nations International Strategy for Disaster Reduction (UNISDR) (2005), Hyogo Framework for Action 2005–2015: Building the resilience of nations and communities to disasters. Geneva. www.unisdr.org/eng/hfa/docs/Hyogo-framework-for-action-english.pdf

Kinerja, transparansi, dan pembelajaran

Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP) (2009), 8th Review of Humanitarian Action. Overseas Development Institute (ODI). London. www.alnap.org/initiatives/current/rha/8.aspx

Collaborative Learning Projects (2007), The Listening Project (LISTEN). Cambridge, Mass.

www.cdainc.com/cdawwww/pdf/other/cda_listening_project_description_Pdf.pdf

Groupe URD (2009), Quality Compas. www.compasqualite.org/en/index/index.php

Organisation for Economic Co-operation and Development (1999), Guidance for Evaluation of Humanitarian Assistance in Complex Emergencies. Paris. www.oecd.org/dac

Bantuan kinerja pekerja

People In Aid (2003), The People In Aid Code of Good Practice in the Management and Support of Aid Personnel. London. <http://peopleinaid.org>

World Health Organization, World Vision International and War Trauma Foundation (forthcoming), Psychological First Aid Guide. Geneva. www.who.int/mental_health/emergencies/en/



Bahan bacaan lanjutan

Pengkajian dan respons

Office of the United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) and World Food Programme (WFP) (2008), Joint Assessment Mission Guidelines. 2nd Edition. Rome. www.unhcr.org/45f81d2f2.html

Anak-anak

Action for the rights of children (ARC) (2009), www.arc-online.org/using/index.html

Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE) and The Sphere Project (2009), Integrating Quality Education within Emergency Respond for Humanitarian Accountability: The Sphere–INEE Companionship. Geneva.

Kecacatan

Women's Commission for Refugee Women and Children (2008), Disabilities among Refugees and Conflict-affected Populations: A Resource Kit for Fieldworkers. New York.

www.womensrefugeecommission.org/docs/disab_res_kit.pdf

Handicap International, Disability Checklist for Emergency Tindakan tanggap. www.handicap-international.de/fileadmin/redaktion/pdf/disability_checklist_booklet_01.pdf

Lingkungan

Joint United Nations Environment Programme and OCHA Environment Unit: www.bantuanweb.int/ochaunep

Kelly, C (2005), Guidelines for Rapid Environmental Impact Assessment in Disasters. Benfield Hazard Research Centre, University College London and CARE International. London.

UNHCR and CARE International (2005), Framework for Assessing, Monitoring and Evaluating the Environment in Refugee-related Operations: Toolkit for practitioners and managers to help assess, monitor and evaluate environmental circumstances, using mainly participatory approaches. Geneva. www.unhcr.org/4a97d1039.html

UNHCR and International Union for the Conservation of Nature. 2005. UNHCR Environmental Guidelines. Geneva. www.unhcr.org/3b03b2a04.html

Gender

WFP (2009), WFP Gender Policy. www.wfp.org/content/wfp-gender-policy

Gender and Disaster Network: <http://gdnonline.org>

HIV AIDS

IASC (2010), Guidelines for Addressing HIV in Humanitarian Settings. Geneva. www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-products-products&sel=9

Lanjut Usia

IASC (2008), Humanitarian Action and Older Persons – an essential brief for humanitarian actors. Geneva. www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-products-common&tempid=94

HelpAge International: www.helpage.org

ODI (2005), Network paper 53: Assisting and protecting older people in emergencies. London. www.odi.org.uk/resources/details.asp?id=357&title=protecting-assisting-older-people-emergencies

Kinerja, pemantauan, dan evaluasi

ALNAP Annual Review (2003), *Humanitarian Action: Improving Monitoring to Enhance Accountability and Learning*. London. www.alnap.org

ALNAP (2009), Real Time Evaluations of Humanitarian Action (Pilot Version). London. www.alnap.org

Catley, A. et al. (2008), Participatory Impact Assessment. Feinstein International Center, Tufts University. <https://wikis.uit.tufts.edu/confluence/display/FIC/Participatory+Impact+Assessment>

Groupe URD (2009), Quality COMPAS Companion Book. www.compasqualite.org/en/index/index.php

OECD (1999), Guidance for the Evaluation of Humanitarian Assistance in Complex Emergencies. Paris. www.oecd.org/dac

Further information on evaluation (including training modules) and approaches to learning can be found on ALNAP: www.alnap.org

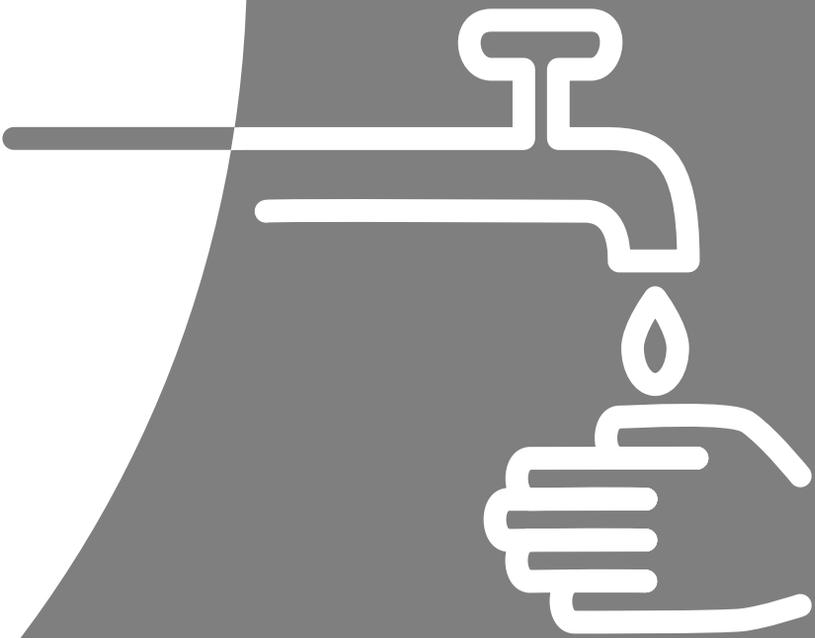
Penetapan sasaran

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (2003), World Disasters Report 2003 – Chapter 1: Humanitarian ethics in disaster and war. www.ifrc.org/publicat/wdr2003/chapter1.asp

UNISDR (2001), Countering Disasters, Targeting Vulnerability. Geneva. www.unisdr.org/eng/public_aware/world_camp/2001/pdf/Kit_1_Countering_Disasters_Targeting_Vulnerability.pdf



**Standar Minimum
dalam Pasokan
Air, Sanitasi,
dan Promosi
Kebersihan**



Cara Menggunakan Bab Ini

Bab ini terbagi menjadi tujuh bagian utama:

Pasokan air, sanitasi, dan promosi kebersihan (*Water Supply, Sanitation and Hygiene Promotion, WASH*)

Promosi kebersihan

Pasokan air

Pembuangan tinja

Pengendalian vektor

Pengelolaan sampah padat

Saluran limbah

Prinsip-prinsip Perlindungan dan Standar-Standar Inti harus digunakan secara konsisten dengan bab ini.

Walaupun terutama ditujukan untuk menginformasikan suatu tanggap darurat kemanusiaan pada suatu kejadian bencana, Standar Minimum juga dapat dipertimbangkan penggunaannya selama kesiapsiagaan bencana dan transisi kegiatan pemulihan.

Masing-masing bagian terdiri atas:

- **Standar Minimum:** ini adalah suatu yang kualitatif sifatnya dan dikhususkan pada tingkat minimum yang akan dicapai dalam suatu aksi kemanusiaan menyangkut pemberian air, sanitasi, dan promosi kebersihan.
- **Aksi Kunci:** Ini adalah kegiatan-kegiatan dan masukan yang disarankan untuk mencapai standar.
- **Indikator Kunci:** Ini adalah 'isyarat yang menunjukkan bagaimana suatu standar dicapai. Indikator Kunci memberi suatu cara untuk mengukur dan mengomunikasikan proses dan hasil Aksi Kunci, berkaitan dengan Standar Minimum, tetapi bukan Aksi Kunci.
- **Catatan Panduan:** Ini termasuk hal khusus yang dipertimbangkan bila menerapkan Standar Minimum, Aksi Kunci, dan Indikator Kunci dalam situasi yang berbeda. Ini memberikan panduan bagaimana menangani kesulitan praktis, patokan, atau saran isu prioritas. Ini juga dapat meliputi isu kritis menyangkut standar, aksi atau indikator, dan menggambarkan persoalan, kontroversi, atau kesenjangan dalam pengetahuan yang ada.

Jika Indikator dan Aksi Kunci tidak dapat dicapai, dampak berlawanan yang muncul terhadap penduduk yang terkena bencana harus dinyatakan dan tindakan mitigasi (pengurangan dampak) harus dilakukan.

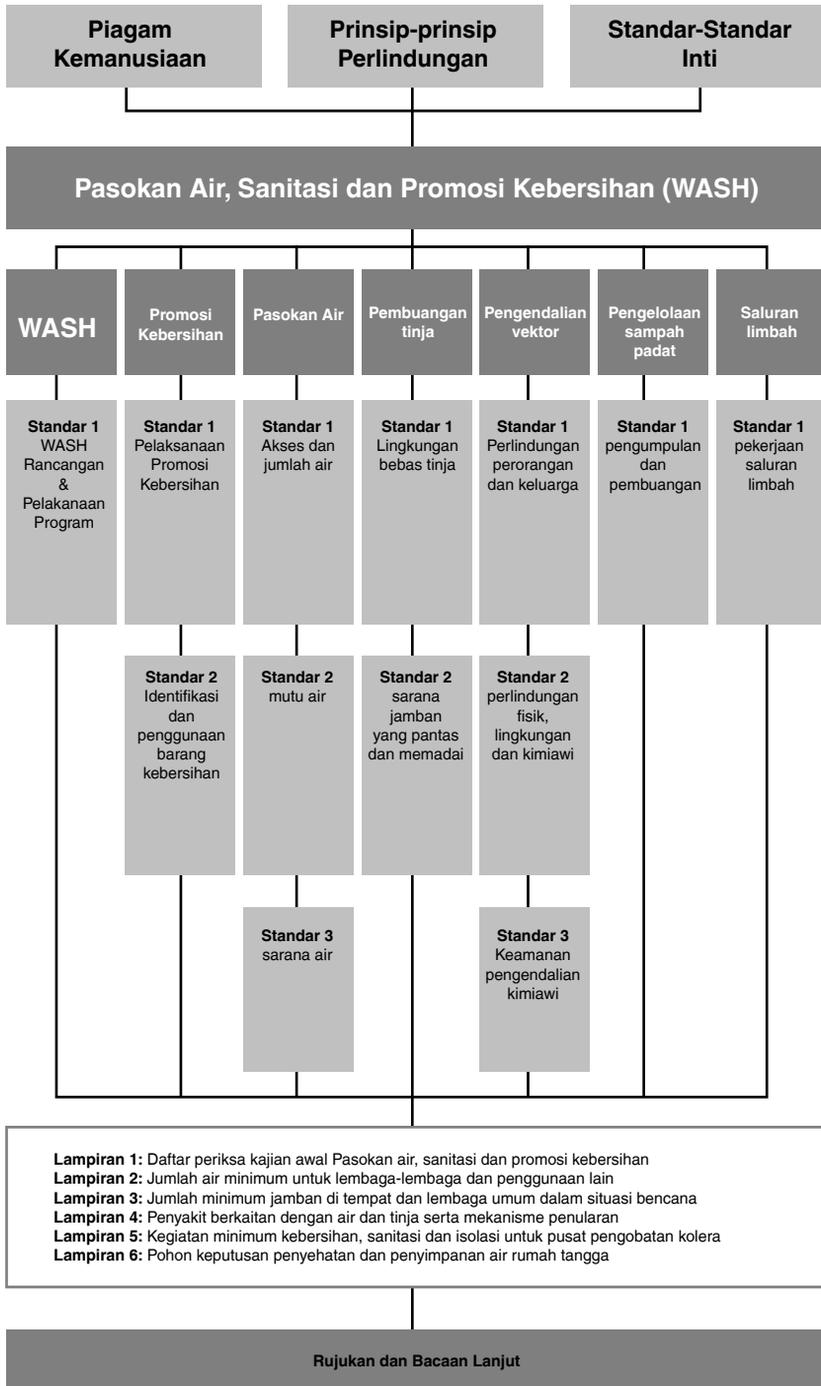
Suatu daftar kajian kebutuhan dilampirkan pada Lampiran 1, Catatan Panduan

dilampirkan pada Lampiran 2–6; dan daftar rujukan terpilih dan bacaan lanjutan juga dilampirkan, yang menunjukkan sumber-sumber informasi menyangkut isu-isu umum dan khusus berkaitan dengan bab ini.



Daftar Isi

Pendahuluan.....	82
1. Air, sanitasi, dan promosi kebersihan (WASH).....	87
2. Promosi kebersihan.....	90
3. Pasokan air.....	97
4. Pembuangan tinja.....	106
5. Pengendalian vektor	113
6. Pengelolaan sampah padat	120
7. Saluran limbah	125
Lampiran 1: Daftar periksa kajian kebutuhan awal pasokan air, sanitasi, dan promosi kebersihan	128
Lampiran 2: Jumlah minimum air untuk lembaga dan penggunaan lainnya	133
Lampiran 3: Jumlah minimum jamban di tempat umum dan lembaga dalam situasi bencana	135
Lampiran 4: Penyakit berkaitan dengan air dan tinja serta mekanisme penyebarannya	136
Lampiran 5: Kegiatan kebersihan minimum, sanitasi dan isolasi untuk pusat terapi kolera (cholera treatment centres, CTCs)	137
Lampiran 6: Pengelolaan air dan rumah tangga dan pohon keputusan penyimpanan	139
Rujukan dan bacaan lanjutan	140



Pendahuluan

Kaitannya dengan Piagam Kemanusiaan dan Hukum Internasional

Standar Minimum pasokan air, sanitasi, dan promosi kebersihan (WASH) adalah ungkapan praktis kepercayaan dan komitmen bersama lembaga kemanusiaan dan prinsip-prinsip umum yang mengarahkan aksi-aksi kemanusiaan yang dinyatakan dalam Piagam Kemanusiaan. Dikemukakan dalam prinsip kemanusiaan dan direfleksikan dalam hukum internasional, prinsip-prinsip ini meliputi hak untuk hidup dan bermartabat, hak terhadap perlindungan dan keamanan, dan hak untuk menerima bantuan kemanusiaan berdasarkan kebutuhan. Suatu daftar dokumen kunci kebijakan dan hukum yang menginformasikan Piagam Kemanusiaan tersedia sebagai rujukan pada Lampiran 1 disertai komentar penjelasan untuk pekerja kemanusiaan.

Walaupun negara adalah pemegang mandat utama dengan penghargaan hak-hak di atas, lembaga-lembaga kemanusiaan mempunyai suatu tanggung jawab untuk bekerja dengan penduduk yang terkena bencana dengan suatu cara yang konsisten dengan hak-hak ini. Ini meliputi hak-hak untuk berpartisipasi, informasi, dan non-diskriminasi yang menjadi dasar Standar-standar Minimum utama, juga hak-hak spesifik mengenai air, sanitasi, makanan, hunian, dan kesehatan yang mendasari Standar Minimum ini dan Standar Minimum lainnya dalam buku ini.

Setiap orang mempunyai hak atas air dan sanitasi. Hak ini diakui oleh perangkat hukum internasional dan memberi akses fisik dan terjangkau terhadap air yang memadai, aman, dapat diterima, untuk penggunaan perorangan dan keluarga dan sarana sanitasi yang dapat diakses. Sejumlah air bersih yang memadai perlu untuk mencegah kematian akibat dehidrasi, mengurangi risiko penyakit berkaitan dengan air dan memberi air untuk konsumsi, memasak, dan kebutuhan kebersihan perorangan dan keluarga.

Hak atas air dan sanitasi sangat erat terkait dengan hak-hak asasi manusia lainnya, termasuk hak atas kesehatan, hak atas perumahan, dan hak atas makanan yang memadai. Ini bagian yang menjamin kelangsungan hidup manusia. Pelaku-pelaku negara dan non-negara mempunyai tanggung jawab untuk memenuhi hak atas air dan sanitasi. Pada waktu konflik bersenjata, misalnya, dilarang menyerang, merusak, memindahkan instalasi air bersih atau saluran irigasi.

Standar Minimum dalam bab ini tidak sepenuhnya mewujudkan hak atas air dan sanitasi. Namun, standar-standar *Sphere* mencerminkan isi utama hak terhadap air dan sanitasi dan berkontribusi pemenuhannya secara progresif di seluruh dunia.

Pentingnya WASH dalam Bencana

Air dan sanitasi adalah penentu kritis kelangsungan hidup pada tahap awal suatu bencana. Orang yang terkena bencana secara umum lebih mudah terjangkit penyakit dan kematian akibat penyakit, yang kebanyakan berkaitan karena tidak memadainya sanitasi, tidak memadainya pasokan air, dan ketidakmampuan memelihara kebersihan. Penyakit yang paling nyata adalah diare dan penyakit infeksi yang ditularkan melalui jalur tinja-mulut (lihat Lampiran 4: Penyakit berkaitan dengan air dan tinja serta mekanisme penyebarannya). Penyakit lainnya termasuk yang dibawa oleh vektor berkaitan dengan sampah padat dan air. Istilah sanitasi di buku Pegangan *Sphere* merujuk pada pembuangan tinja, pengendalian vektor, pembuangan sampah padat, dan saluran limbah.

Sasaran utama program WASH dalam bencana adalah mengurangi penyebaran penyakit tinja-mulut dan paparan penyakit yang dibawa oleh vektor melalui promosi:

- 1 Praktik-praktik kebersihan yang baik.
- 2 Pemberian air minum yang aman.
- 3 Pengurangan risiko lingkungan kesehatan.
- 4 Kondisi yang memungkinkan orang hidup sehat, bermartabat, nyaman, dan aman.

Hanya dengan memberikan air dan sarana sanitasi yang memadai tidak akan sendirinya menjamin penggunaan atau dampak pada kesehatan masyarakat. Untuk mencapai manfaat dari tindakan, penduduk terkena bencana harus mempunyai informasi, pengetahuan dan pemahaman yang diperlukan untuk mencegah penyakit yang terkait air dan sanitasi dan menggalang keterlibatan mereka dalam perancangan dan pemeliharaan sarana-sarana itu.

Penggunaan sarana air dan sanitasi bersama, misalnya pada situasi pengungsian atau pindah tempat, dapat meningkatkan kerentanan perempuan dan anak gadis terhadap kekerasan berbasis seksual atau gender. Untuk mengurangi risiko-risiko ini, dan agar memberikan tindakan tanggap yang lebih bermutu, penting memastikan keterlibatan perempuan dalam program pasokan air dan sanitasi. Kesetaraan partisipasi perempuan dan laki-laki dalam perencanaan, pengambilan keputusan, dan pengelolaan setempat akan membantu memastikan seluruh penduduk yang terkena bencana mempunyai akses yang aman dan mudah pada pasokan air dan layanan sanitasi, serta memastikan layanan itu cocok.



Tanggap darurat yang lebih baik dalam kesehatan masyarakat dicapai melalui kesiapsiagaan yang lebih baik. Kesiapsiagaan seperti itu merupakan hasil pengembangan kapasitas, hubungan, dan pengetahuan oleh pemerintah, lembaga-lembaga kemanusiaan, organisasi-organisasi masyarakat sipil, komunitas dan perorangan untuk mengantisipasi dan menanggapi secara tepat dampak yang akan terjadi dan ancaman bencana pada awal kejadian. Ini berdasarkan pada analisis risiko dan terkait erat dengan sistem peringatan dini. Kesiapsiagaan meliputi rencana kontinjensi, penyiapan alat dan pasokan-pasokan, layanan kedaruratan dan jadwal tugas, pelatihan petugas serta perencanaan, pelatihan dan latihan-latihan di tingkat komunitas.

Kaitan dengan Bab-bab Lain

Banyak standar dalam bab-bab lain yang relevan dengan bab ini. Kemajuan dalam pencapaian standar di satu wilayah sering memengaruhi dan bahkan menentukan kemajuan di daerah lain. Agar suatu tindakan tanggap tepat, koordinasi dan kerja sama erat dibutuhkan dengan sektor lain. Koordinasi dengan pemerintah daerah dan lembaga lain juga penting untuk memastikan agar kebutuhan dipenuhi, kegiatan-kegiatan tidak duplikasi, dan kualitas intervensi air dan sanitasi dioptimalkan.

Sebagai contoh, bila standar gizi tidak terpenuhi, desakan untuk meningkatkan standar air dan sanitasi lebih besar karena kerentanan orang terhadap penyakit akan meningkat secara bermakna. Hal sama berlaku pada masyarakat di mana prevalensi HIV dan AIDS tinggi atau bila ada porsi besar orang lansia atau orang berkebutuhan khusus. Prioritas perlu ditentukan berdasarkan informasi bersama antar-sektor bila situasi berubah. Rujukan juga dilakukan bila relevan untuk standar dampungan atau pelengkap.

Hubungan dengan Prinsip-prinsip Perlindungan dan Standar Inti

Dalam upaya memenuhi standar Buku Pegangan ini, semua lembaga kemanusiaan harus dipandu oleh Prinsip-prinsip Perlindungan, bahkan apabila mereka tidak memiliki mandat terkait perlindungan dan kapasitas khusus dalam melakukan upaya perlindungan. Prinsip-prinsip ini tidak 'mutlak'. Diakui bahwa ada beberapa keadaan yang dapat mengurangi kemampuan organisasi bantuan untuk memenuhi standar tersebut. Meskipun demikian, Prinsip-prinsip ini mencerminkan perhatian kemanusiaan universal yang harus menjadi panduan dari setiap tindakan.

Standar Inti dan standar pekerja merupakan proses yang sangat penting yang digunakan oleh semua sektor. Keenam Standar Inti meliputi respons

kemanusiaan berpusat pada masyarakat; koordinasi dan kerjasama; pengkajian; rancangan dan respons; kinerja, transparansi dan pembelajaran; dan kinerja pekerja kemanusiaan. Standar ini memberikan titik acuan tunggal untuk pendekatan yang dapat mendukung semua standar lain dalam Buku Pegangan ini. Di setiap bab teknis membutuhkan dampingan Standar Inti ini untuk mencapai standar teknis tersebut. Secara khusus, untuk memastikan kesesuaian dan kualitas tanggap darurat, partisipasi harus dimaksimalkan dari orang-orang yang terkena bencana – termasuk kelompok-kelompok dan individu yang paling sering terpapar pada risiko bencana.

Kerentanan dan Kapasitas Penduduk Terkena Bencana

Bagian ini dirancang untuk dibaca bersama dan menguatkan Standar Minimum Dasar.

Penting untuk memahami bahwa menjadi muda atau tua, perempuan atau seorang individu dengan ketidaksempurnaan fisik atau HIV, tidak dengan sendirinya membuat seseorang rentan atau berisiko tinggi. Sebaliknya, hal-hal tersebut dapat menjadi faktor-faktor yang berkontribusi terhadap kerentanan, misalnya, seseorang yang berusia lebih dari 70 tahun, tinggal sendirian dan memiliki kesehatan yang buruk, cenderung menjadi lebih rentan daripada seseorang dengan usia yang sama namun tinggal bersama keluarga dan memiliki status kesehatan yang baik. Demikian pula, seorang gadis kecil berusia 3 tahun akan lebih rentan apabila ia hidup sendirian daripada bila ia hidup dalam perawatan orangtua yang bertanggung jawab.

Saat standar-standar WASH dan Aksi Kunci dilaksanakan, analisis kerentanan dan kapasitas membantu untuk memastikan bahwa tindakan tanggap darurat mendukung siapa pun yang berhak untuk mendapatkan bantuan dengan cara yang tidak membedakan dan diarahkan pada yang paling membutuhkan. Hal ini membutuhkan pemahaman menyeluruh tentang konteks lokal dan bagaimana dampak krisis terhadap kelompok tertentu dengan cara yang berbeda karena kerentanan mereka (misalnya menjadi sangat miskin atau dibedakan), mereka terpapar pada berbagai ancaman (misalnya kekerasan berbasis gender termasuk eksploitasi seksual), kejadian penyakit atau prevalensi (misalnya HIV atau tuberkulosis), dan kemungkinan epidemi (misalnya campak atau kolera). Bencana dapat membuat kesenjangan sosial yang sudah ada menjadi semakin buruk. Namun, dukungan strategis agar masyarakat mampu menghadapi kondisi tersebut, ketahanan komunitas dan kapasitas pemulihan menjadi sangat penting. Pengetahuan dan keahlian masyarakat, dan strategi yang ada perlu didukung, begitu juga dengan akses masyarakat terhadap dukungan sosial, hukum, kedanaan, dan psikososial. Berbagai hambatan fisik, budaya, ekonomi, dan sosial yang dihadapi masyarakat dalam mengakses pelayanan tersebut.



Berikut adalah beberapa bidang kunci yang akan memastikan bahwa kapasitas dan hak semua orang yang rentan menjadi pertimbangan utama:

- Mengoptimalkan partisipasi masyarakat, memastikan bahwa semua kelompok terwakili termasuk mereka yang kurang tampak tampil di masyarakat (misalnya individu yang memiliki keterbatasan komunikasi, keterbatasan pergerakan, mereka yang tinggal dalam rumah sakit jiwa, pemuda yang diberi label tertentu, dan yang lainnya yang kelompoknya kurang terwakili).
- Pemilahan data berdasarkan jenis kelamin dan usia (0–80 tahun ke atas) selama melakukan pengkajian— hal ini merupakan elemen penting dalam memastikan bahwa sektor WASH menimbang secara memadai keragaman populasi.
- Memastikan bahwa hak atas informasi disebarluaskan dan dikomunikasikan kepada masyarakat dengan cara yang terbuka dan dapat diakses oleh semua anggota masyarakat.

Standar-standar Minimum

1. Pasokan air, sanitasi, dan promosi kebersihan (WASH)

Tujuan dari program WASH adalah untuk mempromosikan kebersihan perorangan dan lingkungan untuk menjaga kesehatan, sebagaimana ditunjukkan dalam diagram berikut. Sebuah program WASH yang efektif bertumpu pada sebuah pertukaran informasi antara lembaga dan populasi yang terkena bencana untuk membahas masalah-masalah kunci terkait kebersihan dan pemecahan-pemecahan yang tepat secara budaya. Memastikan penggunaan seluruh pasokan air dan sarana sanitasi secara optimal serta menjalankan praktik-praktik kebersihan akan membawa pengaruh terbaik dalam kesehatan masyarakat.

Promosi kebersihan bersifat vital bagi keberhasilan sebuah intervensi WASH. Fokus pada promosi kebersihan ini bersifat umum dan khusus. Secara umum, promosi kebersihan merupakan bagian integral terhadap seluruh bagian dan tercermin pada indikator-indikator untuk pasokan air, pembuangan tinja, pengendalian vektor, pengelolaan limbah padat, dan saluran limbah. Secara lebih khusus, fokusnya mengerucut pada dua standar promosi kebersihan dalam bab ini dan berkaitan dengan kegiatan-kegiatan promosi kebersihan tertentu



Standar WASH 1:

Rancangan dan Pelaksanaan program WASH

Kebutuhan WASH bagi penduduk yang terkena bencana terpenuhi dan jika memungkinkan, para penggunanya terlibat dalam perancangan, pengelolaan, dan pemeliharaan sarana-sarana kebersihan.

Aksi kunci (untuk dibaca bersama dengan catatan panduan terkait)

1. Mengenali risiko-risiko kunci kesehatan masyarakat dalam konsultasi dengan penduduk yang terkena bencana (lihat Catatan Panduan 1 dan Standar Umum 1, 3–4).
2. Menyediakan dan memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat penduduk yang terkena bencana sesuai kebutuhan prioritas mereka (lihat Catatan Panduan 1).
3. Mendapatkan masukan terkait rancangan dan penerimaan terhadap sarana maupun metode penyuluhan dari semua kelompok pengguna dalam kegiatan-kegiatan program WASH(lihat Standar Umum 1, 3–4).

Indikator kunci (untuk dibaca bersama dengan Catatan Panduan terkait)

1. Seluruh kelompok dalam penduduk yang terkena bencana memperoleh akses yang aman dan setara terhadap sumber daya dan sarana WASH, menggunakan sarana yang disediakan dan melaksanakan tindakan-tindakan untuk mengurangi risiko kesehatan masyarakat (lihat Standar Promosi Kebersihan 2).
2. Semua staf bidang WASH berkomunikasi dengan jelas dan bersikap menghargai penduduk yang terkena bencana dan membagi informasi proyek secara terbuka dengan mereka, termasuk memahami cara menjawab pertanyaan dari anggota masyarakat mengenai proyek WASH.
3. Tersedia sebuah sistem bagi pengelolaan dan pemeliharaan sarana sehingga kelompok yang sepantasnya dan beragam dapat berkontribusi secara setara (lihat Catatan Panduan 1).
4. Semua pengguna merasa puas bahwa rancangan dan pelaksanaan program WASH telah mendorong tercapainya keamanan yang semakin baik dan pemulihan martabat.

Catatan Panduan

1. **Pengkajian kebutuhan:** Diperlukan pengkajian untuk mengenali perilaku berisiko yang dapat meningkatkan kerentanan dan memperkirakan keberhasilan yang memungkinkan untuk dicapai baik dari penyediaan sarana

WASH maupun kegiatan promosi kebersihan. Besar kemungkinannya bahwa risiko-risiko kunci muncul berkisar pada keselamatan fisik dalam mengakses sarana-sarana kebersihan, diskriminasi kelompok-kelompok marginal yang memengaruhi akses, penggunaan dan pemeliharaan jamban, tidak adanya kegiatan mencuci tangan dengan sabun atau penggantinya, tempat pengambilan air dan tempat menampung air bersih, dan tempat penyimpanan dan penyiapan makanan bersih.

Pengkajian harus mempertimbangkan sumber daya yang tersedia di tengah populasi, demikian juga dengan pengetahuan dan perilaku lokal, sehingga kegiatan penyuluhan dapat berjalan efektif, relevan, dan tepat guna. Norma sosial dan budaya yang dapat memfasilitasi dan/atau menjembatani penerimaan terhadap perilaku kebersihan yang aman harus diidentifikasi sebagai bagian dari pengkajian awal mau pun pengkajian berkelanjutan. Pengkajian juga harus memberikan perhatian khusus terhadap kebutuhan para penduduk rentan. Jika konsultasi dengan kelompok rentan tidak memungkinkan, hal tersebut harus disebutkan dengan jelas dalam laporan kajian dan ditindaklanjuti sesegera mungkin (lihat Standar Inti 3).



2. Promosi Kebersihan

Promosi Kebersihan merupakan sebuah pendekatan sistematis dan terencana yang memungkinkan para penduduk melakukan tindakan untuk mencegah dan/atau melakukan mitigasi terhadap penyakit terkait air, sanitasi, dan kebersihan. Promosi kebersihan juga memberikan cara yang tepat guna untuk memfasilitasi partisipasi komunitas, akuntabilitas, dan pemantauan dalam program WASH. Promosi kebersihan harus bertujuan untuk membuat gambaran mengenai pengetahuan, perilaku, dan sumber daya yang dimiliki populasi yang terkena bencana, serta bukti dasar terkait WASH yang ada untuk menentukan upaya terbaik untuk menjaga kesehatan masyarakat.

Promosi kebersihan juga meliputi usaha untuk memastikan penduduk memanfaatkan sebaik-baiknya sarana air, sanitasi, dan pendukung kebersihan dan layanan yang diberikan dan termasuk pemakaian dan pemeliharaan sarana-sarana tersebut secara efektif. Tiga faktor kunci adalah:

1. Adanya kondisi saling berbagi informasi dan pengetahuan
2. Pengerahan komunitas yang terkena bencana
3. Penyediaan bahan dan sarana dasar

Pengerahan komunitas sepantasnya dilakukan terlebih dalam situasi bencana karena harus ditekankan adanya kegiatan yang mendorong penduduk untuk melindungi kesehatan mereka sendiri. Kegiatan penyuluhan, jika memungkinkan, harus lebih menggunakan metode interaktif daripada berfokus secara eksklusif pada diseminasi pesan-pesan secara massal.

Standar promosi kebersihan 1:

Pelaksanaan Promosi Kebersihan

Seluruh penduduk laki-laki, perempuan, anak-anak dari segala usia memahami risiko-risiko kunci dalam kesehatan masyarakat dan digerakkan untuk mengadopsi upaya-upaya untuk mencegah menurunnya kondisi higienis dan untuk memanfaatkan dan memelihara sarana-sarana yang disediakan.

Aksi kunci (untuk dibaca bersama Catatan Panduan terkait)

- Secara sistematis memberikan informasi mengenai risiko-risiko terkait kebersihan dan tindakan-tindakan pencegahan dengan menggunakan jalur-jalur komunikasi massa yang tepat (Lihat Catatan Panduan 1–2).
- Mengenali faktor-faktor sosial, budaya, atau keagamaan yang secara khusus akan memotivasi kelompok sosial yang berbeda di dalam masyarakat dan menggunakannya sebagai dasar untuk strategi komunikasi promosi kebersihan (lihat Catatan Panduan 2).
- Menggunakan metode komunikasi interaktif terkait kebersihan dalam setiap kesempatan yang mungkin untuk memastikan berlangsungnya dialog dan diskusi berkelanjutan dengan mereka yang terkena bencana (lihat Catatan Panduan 3)
- Bermitra dengan komunitas yang terkena bencana, melakukan pemantauan secara berkala perilaku kebersihan dan penggunaan sarana-sarana yang disediakan (lihat Catatan Panduan 3 dan Standar Inti 5, Catatan Panduan 1, 3–5)
- Bernegosiasilah dengan penduduk dan para pemangku kepentingan utama untuk membuat ketentuan dan kondisi bagi para mobilisator komunitas (Catatan Panduan 5)

Indikator kunci (untuk dibaca bersama dengan Catatan Panduan terkait)

- Seluruh kelompok pengguna dapat menjelaskan dan menunjukkan hal-hal yang telah mereka lakukan untuk mencegah memburuknya kondisi kebersihan (lihat Catatan Panduan 1).
- Semua fasilitas yang diberikan digunakan secara tetap dan dipelihara secara teratur.
- Semua orang mencuci tangannya setelah buang air besar, setelah mencuci bokong bayi, sebelum makan dan menyiapkan makanan (lihat Catatan Panduan 6).
- Semua kegiatan dan pesan promosi kebersihan diarahkan untuk menangani perilaku kunci dan pengertian yang keliru serta menysasar kepada semua kelompok pengguna (lihat Catatan Panduan 6)
- Wakil semua kelompok pengguna terlibat dalam perencanaan, pelatihan, pelaksanaan, pemantauan, dan evaluasi kegiatan promosi kebersihan (lihat Catatan Panduan 1–6 dan Standar Inti 1, Catatan Panduan 1–5)
- Perawat anak kecil dan bayi diberi sarana untuk membuang tinja anak secara aman (lihat Pembuangan Tinja Standar 1 dan Catatan Panduan 6).

Catatan Panduan

1. ***Diarahkan pada risiko-risiko dan perilaku-perilaku kebersihan prioritas:*** pemahaman yang diperoleh melalui pengkajian risiko-risiko, tugas dan tanggung jawab dari kelompok-kelompok yang berbeda harus digunakan untuk merencanakan dan memprioritaskan bantuan, sehingga



arus informasi antara pelaku kegiatan kemanusiaan dan penduduk yang terkena bencana dapat diarahkan dengan tepat, dan kesalahkaprahan, jika ditemukan, dapat diatasi.

2. **Menjangkau semua bagian dalam populasi:** pada tahap-tahap awal sebuah bencana, mungkin bisa mengandalkan media massa untuk memastikan bahwa penduduk dalam jumlah sebanyak mungkin dapat menerima informasi penting tentang pengurangan risiko kesehatan. Berbagai kelompok yang berbeda harus diberikan bahan informasi, pendidikan, dan komunikasi yang berbeda pula, melalui jalur-jalur komunikasi yang relevan, sehingga informasi menjangkau seluruh anggota populasi. Hal ini penting terlebih bagi mereka yang buta huruf, mereka yang memiliki kesulitan berkomunikasi dan/atau tidak memiliki akses ke radio atau televisi. Media populer (drama, lagu, teater jalanan, tarian) dapat menjadi contoh yang efektif. Koordinasi dengan *gugus pendidikan* penting dilakukan untuk menentukan kesempatan-kesempatan dalam menyelenggarakan kegiatan kebersihan di sekolah.
3. **Metode Interaktif:** bahan-bahan dan metode partisipatif yang tepat secara budaya memberikan kesempatan yang bermanfaat bagi penduduk yang terkena bencana untuk melakukan perencanaan dan pemantauan untuk melihat peningkatan-peningkatan mereka dalam hal kebersihan. Hal tersebut juga memberi mereka kesempatan untuk menyampaikan saran atau keluhan berkenaan dengan program, jika diperlukan. Perencanaan promosi kebersihan harus pantas secara budaya. Kegiatan promosi kebersihan perlu dilaksanakan oleh para fasilitator yang memiliki karakter dan keahlian untuk bekerja dalam kelompok yang mungkin menyampaikan keyakinan dan perilaku yang berbeda dari yang dianutnya (misalnya dalam beberapa budaya, perempuan tidak diizinkan untuk berbicara dengan laki-laki yang tidak dikenal).
4. **Memberi beban yang berlebihan:** penting untuk memastikan bahwa tidak ada satu pun kelompok (misalnya perempuan) dalam penduduk yang terkena bencana memperoleh beban yang berlebihan dari tanggung jawab untuk menjalankan kegiatan promosi kebersihan atau pengelolaan kegiatan untuk menggalakkan kebersihan. Manfaat, seperti pelatihan dan kesempatan kerja, harus ditawarkan ke perempuan, laki-laki, dan kelompok pinggiran.
5. **Ketentuan dan kondisi bagi para penggerak masyarakat:** mempekerjakan pekerja lapangan atau pelaku kunjungan rumah memberi kesempatan bagi cara-cara yang secara potensial lebih bersifat interaktif dalam mengakses penduduk dengan jumlah besar, tetapi para pekerja ini memerlukan dukungan untuk mengembangkan keahlian dalam memfasilitasi. Sebagai petunjuk kasar, dalam sebuah skenario penampungan, harus terdapat dua penyuluh kebersihan atau penggerak masyarakat di tiap 1.000 anggota penduduk yang terkena bencana. Penggerak masyarakat

juga dapat dipekerjakan sebagai pekerja harian, berdasar kontrak atau sebagai sukarelawan, dan sesuai dengan perundang-undangan nasional. Keputusan untuk memberikan gaji sebagai pekerja atau dengan status sukarelawan harus dibicarakan dengan penduduk yang terkena bencana, lembaga pelaksana, dan lintas gugus untuk menghindari ketegangan dan merusak keberlanjutan jangka panjang dari sistem yang telah ada.

6. **Memberi motivasi bagi kelompok-kelompok yang berbeda untuk bergerak:** penting untuk disadari bahwa kesehatan mungkin bukan pemicu terpenting untuk mendorong perubahan perilaku. Kebutuhan akan privasi, keselamatan, kenyamanan, pandangan terhadap norma-norma budaya dan agama, status sosial dan kehormatan mungkin menjadi kekuatan penggerak yang lebih besar daripada harapan kesehatan yang lebih baik. Faktor-faktor pemicu ini perlu dipertimbangkan dalam merancang kegiatan-kegiatan penyuluhan dan harus secara efektif dimasukkan ke dalam rancangan dan penentuan sarana-sarana bersama dengan tim pelaku teknik. Penekanan tidak semata-mata pada perubahan perilaku perseorangan tetapi juga pada mobilisasi sosial dan kegiatan bersama kelompok.

Standar promosi kebersihan 2:

Identifikasi dan Penggunaan Barang-barang Kebersihan

Penduduk terkena bencana memperoleh akses dan terlibat dalam identifikasi dan promosi penggunaan barang-barang kebersihan untuk memastikan tercapainya kebersihan, kesehatan, martabat, dan kesejahteraan perorangan.

Aksi kunci (untuk dibaca bersama dengan Catatan Panduan terkait)

- Berkonsultasi dengan semua laki-laki, perempuan, dan anak-anak di segala usia mengenai barang-barang kebersihan prioritas yang mereka perlukan (lihat Catatan Panduan 1,3–4).
- Mendistribusikan barang-barang kebersihan secara tepat waktu untuk memenuhi kebutuhan mendesak masyarakat bersangkutan (lihat Catatan Panduan 2–3).
- Menyelenggarakan pemantauan setelah penyaluran untuk mengkaji penggunaan dan kepuasan para penerimanya terhadap barang-barang kebersihan yang disalurkan (lihat Catatan Panduan 3 dan 5).
- Menyelidiki dan mengkaji pilihan pengganti dari penyaluran barang-barang kebersihan, misalnya penyediaan uang tunai, kupon-kupon bantuan dan/ atau barang-barang non-pangan (Barang-Barang Non-pangan) (lihat Standar Ketahanan Pangan- Pembagian Uang Tunai dan Kupon Bantuan 1).



Indikator kunci (untuk dibaca bersama Catatan Panduan terkait)

- Perempuan, laki-laki, dan anak-anak memperoleh akses terhadap barang-barang kebersihan dan barang-barang tersebut digunakan secara efektif untuk memelihara kesehatan, martabat, dan kesejahteraan (lihat catatan panduan 1,7 dan 9).
- Semua perempuan dan anak perempuan dalam usia menstruasi diberikan perlengkapan yang pantas untuk kebersihan pada saat menstruasi sesuai dengan hasil konsultasi dengan penduduk yang terkena bencana (lihat Catatan Panduan 5 dan 8).
- Semua perempuan, laki-laki, dan anak-anak memperoleh akses terhadap informasi dan pelatihan mengenai penggunaan secara aman barang-barang kebersihan yang belum biasa mereka gunakan (lihat Catatan Panduan 5).
- Informasi mengenai penjadwalan, lokasi, isi, dan kelompok sasaran untuk penyaluran barang-barang non-pangan disampaikan kepada semua penduduk yang terkena bencana (lihat Catatan Panduan 3–5)
- Dalam menyelenggarakan kegiatan penyaluran barang-barang non-pangan, keselamatan penduduk yang terkena bencana dan staf diprioritaskan (lihat Prinsip Perlindungan 1, Catatan Panduan 1–3).

Catatan Panduan

1. **Barang-barang kebersihan dasar:** satu paket barang kebersihan minimum terdiri atas wadah air, sabun mandi, sabun cuci, dan barang-barang kebersihan untuk masa menstruasi.

Daftar barang-barang kebersihan dasar

Wadah air untuk pengangkutan dengan kapasitas 10–20 liter	satu per keluarga
Wadah air untuk penampungan dengan kapasitas 10–20 liter	satu per keluarga
250 gram sabun mandi	satu per orang per bulan
200 gram sabun cuci	satu per orang per bulan
Bahan yang pantas untuk kebersihan saat menstruasi misalnya kain katun yang dapat dicuci	satu per orang

2. **Koordinasi:** diskusikan dengan gugus hunian dan penduduk yang terkena bencana mengenai perlunya menyertakan barang non-pangan tambahan, yang tidak termasuk dalam barang-barang kebersihan dasar (lihat Standar Barang Non-pangan 1)

3. **Ketepatan waktu dalam penyaluran barang-barang kebersihan:** untuk memastikan penyaluran barang-barang kebersihan secara tepat waktu, perlu dilakukan penyaluran beberapa barang kebutuhan utama (sabun, jeriken) tanpa melalui persetujuan penduduk yang terkena bencana dan meminta persetujuan berkenaan dengan penyaluran berikutnya sesuai dengan hasil konsultasi.
4. **Kebutuhan prioritas:** penduduk diizinkan untuk menjual barang-barang yang disediakan tersebut jika kebutuhan prioritas mereka tidak terpenuhi dengan tepat sehingga persoalan mata pencarian perlu dipertimbangkan ketika merencanakan penyaluran.
5. **Kecocokan:** perlu diperhatikan untuk menghindari produk tertentu yang mungkin tidak digunakan karena barang tersebut belum sering digunakan oleh masyarakat atau kemungkinan terjadi salah penggunaan (misalnya menganggap barang sebagai makanan). Bilamana secara budaya dapat diterima atau lebih disukai, serbuk-cuci atau deterjen dapat dipilih sebagai pengganti sabun cuci.
6. **Pengganti:** barang-barang habis pakai harus dipertimbangkan untuk disediakan lagi bilamana perlu.
7. **Kebutuhan khusus:** beberapa penduduk dengan kebutuhan khusus (contoh buang air kecil terlalu sering (*incontinence*) atau diare yang parah) mungkin memerlukan barang-barang kebersihan, misalnya sabun, dengan jumlah yang lebih besar. Para penduduk berkebutuhan khusus atau harus berada di tempat tidur mungkin memerlukan barang-barang tambahan, seperti pispot. Beberapa barang mungkin membutuhkan beberapa penyesuaian untuk penggunaan terkait kebersihan (bangku berlubang atau kursi jamban bantu (*commode chair*)).
8. **Kebersihan saat menstruasi:** penyediaan barang-barang harus dibuat untuk kemungkinan pencucian yang tidak membuat malu (*discreet laundering*) atau barang-barang kebersihan menstruasi yang sekali-pakai.
9. **Barang-barang tambahan:** perilaku sosial dan budaya yang dijalani penduduk mungkin mensyaratkan barang-barang kebersihan pribadi tambahan.

Tergantung pada ketersediaan, barang-barang kebersihan (per orang per bulan) dapat meliputi:

- 75 ml atau 100 gram pasta gigi
- Satu buah sikat gigi
- 250 ml cairan cuci rambut (*shampoo*)
- 250 ml minyak (*lotion*) untuk bayi atau anak-anak hingga usia 2 tahun



- Satu alat cukur yang habis pakai
- Pakaian dalam bagi perempuan dan perempuan muda di usia haid
- Satu sikat rambut dan/atau sisir
- Pemotong kuku
- Popok dan jamban anak (tergantung dengan kebutuhan keluarganya).

3. Pasokan Air

Air sangat mendasar bagi hidup, kesehatan dan martabat manusia. Dalam situasi ekstrem, mungkin tidak tersedia cukup air untuk memenuhi kebutuhan dasar dan dalam kondisi-kondisi seperti ini sangatlah penting untuk memasok air minum yang aman untuk menjaga kelangsungan hidup. Dalam kebanyakan kasus, masalah-masalah kesehatan yang utama disebabkan oleh kondisi kebersihan yang buruk akibat tidak memadainya air dan karena pemakaian air yang telah tercemar.

Standar pasokan air 1:

Akses dan Jumlah Air

Semua penduduk memperoleh akses yang aman dan setara terhadap jumlah air yang memadai untuk kebutuhan minum, memasak, dan kebersihan pribadi dan rumah tangga. Titik-titik sumber air umum berada cukup dekat dengan lokasi rumah tangga untuk memungkinkan penggunaan kebutuhan air minimum.

Aksi kunci (dibaca bersama Catatan Panduan terkait)

- Mengenali sumber-sumber air yang layak untuk situasi bersangkutan, dengan mempertimbangkan jumlah dan dampak lingkungan terhadap sumber air tersebut (lihat Catatan Panduan 1).
- Memprioritaskan dan menyediakan air untuk memenuhi kebutuhan para penduduk yang terkena bencana (lihat Catatan Panduan 2 dan 4).

Indikator kunci (dibaca bersama dengan Catatan Panduan terkait)

- Rata-rata penggunaan air untuk minum, memasak, dan kebersihan pribadi dalam setiap rumah tangga sedikitnya 15 liter per orang per hari (lihat Catatan Panduan 1–8).
- Jarak terjauh dari setiap rumah tangga ke titik sumber air terdekat adalah 500 meter (lihat Catatan Panduan 1, 2, 5, dan 8).
- Lama antrian di sumber air tidak lebih dari 30 menit (lihat Catatan Panduan 7).

Catatan Panduan

1. **Pemilihan sumber air:** faktor-faktor berikut harus dipertimbangkan



dalam proses pemilihan sumber air, yaitu ketersediaan, jarak, dan keberlangsungan jumlah air yang memadai, kemungkinan perlunya pengolahan, dan perlunya melihat kemungkinan untuk melakukan upaya tersebut, serta adanya segala bentuk faktor sosial, politik, atau hukum terkait keberadaan sumber air tersebut. Umumnya, sumber-sumber air tanah dan/atau pasokan air dengan kekuatan aliran gravitasi dari mata air lebih dipilih untuk digunakan, karena sumber-sumber tersebut tidak terlalu banyak memerlukan pengolahan dan tanpa pemompaan. Dalam kondisi bencana, gabungan dari beberapa pendekatan dan sumber air sering diperlukan pada tahap awal. Semua sumber air perlu dipantau secara berkala untuk menghindari penggunaan yang berlebihan.

2. **Kebutuhan:** jumlah air yang dibutuhkan untuk penggunaan rumah tangga tergantung konteksnya, dan mungkin beragam sesuai dengan kondisi iklim, sarana sanitasi yang tersedia, kebiasaan orang-orang, praktik keagamaan dan budaya, makanan yang mereka masak, pakaian yang mereka kenakan, dan sebagainya. Tingkat konsumsi air umumnya meningkat dengan semakin dekatnya sumber air ke tempat pemukiman. Jika memungkinkan, 15 liter per orang per hari (l/o/h) dapat ditingkatkan jumlahnya untuk menyesuaikan dengan standar setempat, apabila standar setempat tersebut lebih tinggi.

Tabel kebutuhan air dasar untuk kelangsungan hidup

Kebutuhan pertahanan hidup: asupan air (minum dan makan)	2,5–3 liter per hari	Tergantung pada iklim dan kondisi psikologis pribadi
Praktik kebersihan dasar	2–6 liter per hari	Tergantung pada norma sosial dan budaya
Kebutuhan dasar untuk memasak	3–6 liter per hari	Tergantung pada jenis makanan dan norma sosial dan budaya
Total kebutuhan dasar air	7,5 – 15 liter per hari	

Untuk panduan mengenai jumlah air minimum yang dibutuhkan oleh lembaga-lembaga dan penggunaan yang lain, lihat Lampiran 2: Jumlah air minimum untuk lembaga dan kebutuhan lain. Untuk kebutuhan ternak pada masa darurat, mengacu pada Panduan dan Standar Kedaruratan Ternak (LEGS). (Lihat Rujukan dan Bacaan Lanjut)

3. **Pengukuran:** survei-survei rumah tangga, pengamatan dan kelompok diskusi masyarakat merupakan metode yang lebih efektif untuk pengumpulan data mengenai penggunaan dan konsumsi air daripada

pengukuran air yang dipompakan ke jaringan pipa atau pengoperasian pompa tangan (*hand-pumps*).

4. **Jumlah atau jangkauan:** pada kondisi bencana, dan hingga saat standar minimum air baik secara jumlah maupun kualitas dipenuhi, tetap diprioritaskan untuk memberikan akses yang setara terhadap jumlah air yang mencukupi bahkan jika air berkualitas menengah. Para penduduk yang terkena bencana secara signifikan lebih rentan terhadap penyakit; dengan demikian, indikator akses terhadap air dan kuantitasnya harus terpenuhi, bahkan jika indikator tersebut lebih tinggi daripada norma yang diyakini para penduduk yang terkena bencana atau pun masyarakat setempat. Perhatian khusus harus diberikan untuk memastikan kebutuhan akan air tambahan bagi penduduk dengan kondisi kesehatan khusus, seperti HIV dan AIDS dan untuk memenuhi kebutuhan air bagi ternak dan lahan pertanian dalam situasi kekeringan. Untuk menghindari perselisihan, direkomendasikan bahwa jangkauan air dan sanitasi mencakup pemenuhan kebutuhan baik penduduk di daerah setempat dan penduduk yang terkena bencana secara sepadan (lihat Lampiran 2: Jumlah Air Minimum untuk Lembaga dan Penggunaan Lain)
5. **Jumlah maksimal pengguna di tiap sumber air:** jumlah orang per sumber air tergantung pada keluaran dan ketersediaan air di masing-masing sumber air. Panduan kasarnya adalah sebagai berikut:

250 orang tiap keran	berdasar atas aliran 7,5 liter/menit
500 orang tiap pompa tangan	berdasar atas aliran 17 liter/menit
400 orang tiap sumur	berdasar aliran 12,5 liter/menit

Panduan ini mengasumsikan bahwa titik air dapat terakses kurang lebih hanya selama delapan jam per hari dan pasokan air mengalir terus menerus selama waktu pengambilan air tersebut. Jika akses lebih besar dari pengandaian ini, penduduk dapat menampung air lebih dari kebutuhan minimum 15 liter/hari. Sasaran-sasaran tersebut harus digunakan dengan hati-hati, karena dengan mencapainya tidak seketika menjamin terpenuhinya jumlah air minimum atau akses yang setara.

6. **Waktu antrian:** waktu antrian yang terlalu lama merupakan indikator ketersediaan air yang kurang mencukupi akibat dari tidak memadainya jumlah titik-titik air atau juga kurangnya keluaran pada sumber air. Akibat negatif yang mungkin terjadi dari waktu antrian yang terlalu lama adalah konsumsi air per orang yang berkurang, meningkatnya konsumsi dari sumber air terbuka yang tidak terjaga, dan berkurangnya waktu untuk melakukan tugas-tugas pokok lain dalam usaha pertahanan hidup bagi mereka yang mengantri menampung air.



7. **Akses dan kesetaraan:** bahkan jika jumlah air yang tersedia telah memenuhi kebutuhan minimum, diperlukan upaya-upaya tambahan untuk memastikan akses yang setara bagi seluruh kelompok penduduk. Titik-titik air harus terletak di wilayah yang terjangkau bagi semua tanpa membedakan, misalnya jenis kelamin atau kesukuan. Beberapa pompa tangan dan wadah penampung air perlu dirancang atau disesuaikan dengan penggunaan bagi para penderita HIV dan AIDS, penduduk usia lanjut, penduduk berkebutuhan khusus, dan anak-anak. Dalam situasi ketika air dibagikan atau dipompakan pada saat-saat tertentu, hal ini harus dikonsultasikan dengan para penggunanya termasuk perempuan.

Standar pasokan air 2:

Kualitas Air

Rasa air harus dapat diterima dan mutunya memadai untuk diminum dan digunakan untuk kebutuhan memasak dan kebersihan pribadi dan rumah tangga tanpa menimbulkan risiko terhadap kesehatan.

Aksi kunci (dibaca bersama Catatan Panduan terkait)

- Melakukan survei sanitasi cepat dan, jika waktu dan situasinya mengizinkan, laksanakan rencana pengamanan sumber air (lihat Catatan Panduan 1–2).
- Melakukan semua langkah yang diperlukan untuk meminimalkan pencemaran air setelah penyaluran (lihat Catatan Panduan 3–4 dan Standar promosi kebersihan 1).
- Untuk pasokan air yang menggunakan pipa, atau seluruh pasokan air pada saat risiko wabah diare, lakukan pengolahan air dengan disinfektan hingga mencapai kondisi adanya klorin residual 0,5 mg/l dan dengan tingkat kekeruhan di bawah 5 NTU (*nephelometric turbidity units*) pada keran keluaran. Dalam kondisi khusus wabah diare, pastikan bahwa klorin residual di atas 1 mg/l (lihat Catatan Panduan 5–8).
- Pada kondisi ketika pengolahan air di tingkat rumah tangga diminta, pastikan bahwa kegiatan tersebut diikuti dengan penyuluhan, pelatihan dan, pemantauan yang tepat (lihat Catatan Panduan 3 dan 6).

Indikator kunci (dibaca bersama Catatan Panduan terkait)

- Tidak ditemukan bakteri koli dari unsur tinja tiap 100 ml dalam air pada titik penyaluran air (lihat Catatan Panduan 2).
- Segala bentuk pilihan pengolahan air yang digunakan di tingkat rumah tangga bersifat efektif dalam meningkatkan kualitas mikrobiologis dalam air dan dibarengi dengan pelatihan, penyuluhan, dan pemantauan yang tepat (lihat Catatan Panduan 3-6)

- Tidak ditemukan efek negatif terhadap kesehatan akibat penggunaan jangka pendek air yang tercemar bahan kimia (termasuk sisa-sisa bahan kimia pengolah air) atau sumber-sumber radiologis, dan pengkajian menunjukkan tidak ada kemungkinan yang signifikan berkenaan efek semacam itu (lihat Catatan Panduan 7).
- Semua penduduk yang terkena bencana lebih memilih meminum air dari sumber yang terjaga dan diolah dengan baik daripada sumber air lain yang tersedia (lihat Catatan Panduan 3 dan 6)
- Tidak ditemukan wabah penyakit yang disebabkan rendahnya mutu air atau yang ditularkan melalui air (lihat Catatan Panduan 1–9).

Catatan Panduan

1. **Survei sanitasi dan rencana pengamanan air:** survei sanitasi merupakan pengkajian terhadap kondisi dan perilaku yang mungkin membawa risiko kesehatan masyarakat. Hal ini meliputi segala yang memungkinkan menjadi penyebab pencemaran air pada sumbernya dalam pengangkutan dan di rumah, perilaku buang air besar, saluran limbah, dan pengelolaan limbah padat. Pemetaan masyarakat merupakan cara yang secara khusus efektif dalam mengidentifikasi letak risiko-risiko kesehatan masyarakat dan dengan demikian cara ini juga melibatkan masyarakat dalam menentukan upaya mengurangi risiko-risiko tersebut. Perlu dicatat bahwa meskipun kotoran hewan tidak seberbahaya kotoran manusia, namun kotoran hewan mungkin mengandung mikroorganisme seperti *cryptosporidium*, *giardia*, *salmonella*, *campylobacter*, *calicivirus* dan penyebab umum diare yang lain, dan oleh sebab itu, kotoran hewan juga dapat membawa risiko kesehatan yang berbahaya. WHO merekomendasikan penggunaan *water safety plan (WSP)*, yang merupakan pendekatan holistik yang meliputi identifikasi bahaya dan pengkajian risiko, sebuah perbaikan atau rencana yang telah ditingkatkan, pemantauan upaya-upaya pengendalian, dan tata cara pengelolaan, termasuk di dalamnya pengembangan program-program pendukung (lihat Rujukan dan daftar bacaan lanjutan).
2. **Mutu mikrobiologis air:** bakteri koli kontaminasi tinja (*faecal coliform bacteria*) (>99 persen bagiannya merupakan *E. coli*) merupakan sebuah indikator dari tingkat pencemaran air baik oleh binatang dan/atau manusia dan kemungkinan adanya kandungan patogen-patogen berbahaya. Jika ditemukan kandungan bakteri koli, air harus diolah.
3. **Penyuluhan mengenai sumber yang terjaga:** hanya dengan menyediakan air dari sumber yang terjaga atau air yang telah diolah hanya akan berpengaruh sedikit kecuali apabila para penduduk juga ikut memahami keuntungan-keuntungan terkait kesehatan dari air tersebut dan karenanya mereka menggunakan air tersebut. Penduduk mungkin lebih memilih sumber air yang tidak terjaga, seperti sungai, danau, dan sumur yang tidak terawat, dengan alasan seperti rasa, jarak, dan kenyamanan



secara sosial. Dalam situasi seperti ini, para teknisi, penyuluh kebersihan, dan penggerak masyarakat perlu memahami pemikiran dasar atas pilihan penduduk tersebut sehingga pertimbangan tersebut dapat disertakan dalam pesan-pesan penyuluhan dan dalam musyawarah.

4. ***Pencemaran setelah penyaluran:*** air yang aman pada titik penyaluran bagaimanapun dapat membawa risiko kesehatan yang besar akibat pencemaran ulang pada saat pengambilan, penyimpanan, dan pengangkutan. Langkah-langkah yang dapat diambil untuk mengurangi risiko semacam ini di antaranya dengan memperbaiki perilaku pengambilan dan penyimpanan dan dengan membagikan wadah-wadah pengambilan dan penyimpanan air yang tepat (lihat Standar pasokan air 3). Contoh air harus diambil secara rutin dari titik penyaluran untuk memantau kadar segala bentuk pencemaran setelah penyaluran.
5. ***Pemberian disinfektan pada air:*** jika ditemukan risiko yang besar pada sumber air atau adanya pencemaran setelah penyaluran, pengolahan air harus menyediakan disinfektan residual seperti klorin. Risiko-risiko ini akan ditentukan dengan kondisi pada permukiman, seperti kepadatan populasi, pengaturan dalam pembuangan tinja, perilaku kebersihan penduduk, dan prevalensi terhadap penyakit diare. Pada kondisi adanya ancaman atau munculnya epidemi diare, seluruh air minum harus diolah, baik sebelum penyaluran mau pun di rumah penduduk. Untuk air yang telah diolah dengan benar, kekeruhan harus di bawah 5 NTU, meskipun untuk penggunaan darurat jangka pendek, air dengan tingkat kekeruhan yang lebih tinggi dapat diberi disinfektan yang cukup dengan dosis klorin dua kali lebih besar setelah dilakukan penyaringan sehingga penurunan tingkat kekeruhan dapat tercapai (lihat Lampiran 6: Pohon keputusan untuk pengolahan dan penyimpanan air di rumah tangga).
6. ***Pengolahan air dalam rumah tangga:*** pada kondisi yang tidak memungkinkan diadakannya pengoperasian sebuah sistem pengolahan air pada titik-penggunaan (*point- of-use air treatment (PoUWT)*) di dalam rumah tangga dapat dipertimbangkan sebagai sebuah pilihan. Berbagai jenis pilihan pengolahan air pada titik-penggunaan yang ditujukan untuk mengurangi diare dan memperbaiki mutu mikrobiologis air yang disimpan di rumah tangga meliputi merebus air, klorinasi, disinfeksi dengan sinar matahari (*solar disinfection*), penyaringan keramik, dan flokulasi atau disinfeksi. Pilihan paling tepat untuk pengolahan air pada titik-penggunaan dalam berbagai konteks bergantung pada kondisi air dan sanitasi yang ada, mau pun mutu airnya, penerimaan secara budaya dan kemungkinan bisa atau tidaknya pilihan pengolahan itu dilakukan. Pengolahan air pada titik-penggunaan yang berhasil juga harus melakukan penyediaan bahan dan produk yang memadai serta pelatihan yang tepat bagi penduduk penerima manfaat. Pengenalan terhadap pilihan pengolahan air yang belum teruji harus dihindari. Di daerah yang memiliki kemungkinan munculnya risiko, mendahulukan pembagian produk pengolahan air pada titik-penggunaan

harus dipertimbangkan untuk memfasilitasi respons segera. Penggunaan produk-produk yang telah tersedia secara lokal harus diprioritaskan jika diinginkan adanya penggunaan berkelanjutan pada fase setelah bencana. Penyelenggaraan yang efektif dari pengolahan air pada titik-penggunaan memerlukan tindak lanjut, dukungan, dan pemantauan secara berkala, dan hal ini harus menjadi sebuah prasyarat dalam memasukkan jenis pengolahan ini ke dalam pendekatan alternatif untuk pengolahan air.

7. **Pengolahan air pada titik-penggunaan dengan menggunakan klorin:** klorinasi dosis ganda dapat dipertimbangkan sebagai pengolahan untuk tingkat kekeruhan air yang lebih tinggi, ketika tidak lagi ditemukan sumber air alternatif. Hal ini harus diusahakan hanya dalam jangka pendek dan setelah didahului dengan mendidik para penggunanya cara mengurangi kekeruhan air dengan penyaringan, pengendapan, dan dekantasi sebelum dilakukan pengolahan (lihat Lampiran 6: Pohon keputusan untuk pengolahan dan penyimpanan air dalam rumah tangga).
8. **Pencemaran kimiawi dan radiologis:** jika diperoleh catatan hidrogeologis atau pengetahuan kegiatan industri atau militer yang memberi informasi mengenai kemungkinan bahwa pasokan air membawa risiko kesehatan secara kimiawi dan radiologis, risiko-risiko tersebut harus segera diteliti dengan melakukan analisis kimiawi. Keputusan yang seimbang antara risiko dan keuntungan terhadap kesehatan masyarakat jangka pendek harus dirumuskan. Lebih jauh, keputusan terkait penggunaan jangka panjang air yang mungkin telah mengalami pencemaran harus dirumuskan berdasar pengkajian yang lebih cermat dan analisis terhadap pengaruhnya bagi kesehatan.
9. **Rasa air yang bisa diterima:** persoalan rasa tidak terkait secara langsung dengan masalah kesehatan (misalnya air yang sedikit asin tidak membawa risiko kesehatan), tetapi jika pasokan air yang aman tidak disertai rasa yang bisa diterima, pengguna mungkin akan meminum air dari sumber yang tidak aman dan menyebabkan kesehatan mereka dalam risiko. Untuk menghindari hal ini, kegiatan promosi kebersihan perlu dilakukan untuk memastikan bahwa hanya pasokan air yang aman yang digunakan.
10. **Kualitas air di pusat-pusat kesehatan:** semua air di rumah sakit, pusat-pusat kesehatan, dan pusat-pusat pemberian makanan tambahan harus diolah dengan menggunakan klorin atau disinfektan residual lainnya. Pada situasi-situasi dengan kemungkinan adanya jeda dalam pemberian pasokan air, penampungan air yang memadai harus tersedia di pusat-pusat kesehatan tersebut untuk memastikan pasokan yang tanpa-jeda dalam tingkat penggunaannya (lihat Lampiran 2: Kuantitas air minimal bagi lembaga-lembaga dan penggunaan lain dan Lampiran 5: Kegiatan kebersihan minimal, sanitasi dan isolasi bagi pusat-pusat perawatan kolera)



Standar pasokan air 3:

Sarana Air

Penduduk memiliki sarana yang memadai untuk mengambil, menyimpan, dan menggunakan air yang mencukupi jumlahnya untuk kebutuhan minum, memasak, dan kebersihan pribadi, dan untuk memastikan bahwa air minum tetap aman hingga air dikonsumsi.

Aksi kunci (dibaca bersama Catatan Panduan terkait)

- Menyediakan sarana-sarana yang layak untuk pengambilan dan penyimpanan air bagi penduduk yang terkena bencana (lihat Catatan Panduan 1 dan Standar Penyuluhan Kesehatan 2).
- Secara aktif mendorong partisipasi dengan semua orang yang terkena bencana dan penduduk dari kelompok rentan dalam penentuan lokasi dan perancangan titik-titik air dan dalam kegiatan konstruksi sarana mandi dan mencuci (lihat Catatan Panduan 2).
- Meliputi semua tempat pembagian air, sarana cuci masyarakat, tempat mencuci perorangan dan daerah cuci bagi perempuan untuk mencuci dan mengeringkan pakaian dalam dan kain pembalut (lihat Catatan Panduan 2 dan Promosi Kebersihan Standar 2).

Indikator kunci (dibaca bersama dengan Catatan Panduan)

- Setiap rumah tangga sekurang-kurangnya memiliki dua tempat mengumpulkan air berukuran 10–20 liter, satu untuk menyimpan dan satu untuk mengangkut (lihat Catatan Panduan 1 dan Standar Promosi Kebersihan 2, Catatan Panduan 1)
- Tempat mengumpulkan dan menyimpan air mempunyai leher sempit dan/atau penutup ember atau sarana lain untuk menyimpan air, untuk penanganan yang aman, dan terbukti digunakan (lihat Catatan Panduan 1).
- Sekurangnya ada satu tempat cuci untuk 100 orang dan tempat mencuci perorangan dan tempat mandi untuk perempuan. Tersedia air yang cukup untuk mandi dan mencuci (lihat Catatan Panduan 2).
- Air di tingkat rumah tangga bebas kontaminasi setiap waktu (lihat Catatan Panduan 1).
- Semua orang puas dengan sarana yang memadai milik mereka untuk pengumpulan, penyimpanan air, mandi, cuci tangan dan mencuci pakaian (lihat Catatan Panduan 2).
- Dipastikan pemeliharaan sistem yang teratur dan sarana yang terpasang dan pengguna terlibat bilamana memungkinkan (lihat Catatan Panduan 3).

Catatan Panduan

1. **Pengambilan dan penyimpanan air:** penduduk perlu wadah untuk menampung air, menyimpannya dan menggunakannya untuk minum, memasak, mencuci, dan mandi. Wadah-wadah tersebut harus bersih, higienis, mudah dibawa, dan sesuai dengan kebutuhan dan memiliki ukuran, bentuk, dan rancangan yang biasa digunakan di budaya lokal. Anak-anak, orang berkebutuhan khusus, penduduk usia lanjut, dan ODHA mungkin memerlukan wadah dengan ukuran lebih kecil atau wadah pembawa air yang dirancang secara khusus.

Kapasitas penampungan yang diperlukan bergantung pada ukuran keluarga dan konsistensi dari ketersediaan air, misalnya kurang lebih empat liter per orang mungkin memadai untuk situasi-situasi yang memungkinkan pasokan harian secara konstan. Penyuluhan dan pemantauan mengenai pengambilan, penyimpanan, dan pemindahan air yang aman merupakan sebuah kesempatan untuk membahas masalah-masalah pencemaran air dengan para kelompok rentan, terlebih untuk para perempuan dan anak-anak.

2. **Sarana komunitas untuk mencuci dan mandi:** penduduk memerlukan ruang-ruang tempat mereka mandi dengan privasi terjaga dan bermartabat. Jika ini tidak memungkinkan dipenuhi pada tingkat rumah tangga, dibutuhkan pemisahan sarana-sarana sentral untuk laki-laki dan perempuan. Ketika sabun tidak tersedia, dapat disediakan pilihan pengganti yang umumnya digunakan, misalnya abu, pasir bersih, soda, atau berbagai jenis tanaman yang cocok digunakan untuk mencuci dan/atau menggosok. Kegiatan mencuci pakaian, terlebih pakaian anak-anak, merupakan kegiatan kebersihan utama, peranti-peranti memasak dan makan juga perlu dicuci. Jumlah, lokasi, rancangan, keamanan, kepantasan, dan kenyamanan dari sarana-sarana yang disediakan harus dibahas bersama dengan para penggunanya, terlebih para perempuan, remaja putri, dan orang berkebutuhan khusus. Lokasi sarana-sarana yang berada di daerah pusat, mudah dijangkau dan memiliki pencahayaan baik, serta mudah terlihat dari daerah sekelilingnya dapat membantu memastikan keamanan bagi para penggunanya.
3. **Pemeliharaan sistem air** penting untuk membuat para penduduk yang terkena bencana mengetahui sistem yang dibangun dan menyediakan bagi mereka peralatan yang diperlukan untuk memelihara dan menjaga keberlangsungan sistem tersebut.



4. Pembuangan tinja

Yang aman merupakan perisai utama terhadap penyakit yang berkaitan dengan masalah tinja, yang membantu dalam mengurangi transmisi penyakit melalui jalur langsung maupun tak langsung. Dengan demikian, pembuangan tinja yang aman merupakan prioritas utama dan dalam sebagian besar situasi bencana harus ditangani segera dan dengan upaya yang kuat sebagaimana penyediaan pasokan air yang aman. Penyediaan sarana-sarana yang tepat untuk pembuangan tinja merupakan salah satu dari beberapa respons utama dalam menjamin martabat, keselamatan, kesehatan, dan kesejahteraan penduduk.

Standar pembuangan tinja 1:

Lingkungan Bebas Tinja

Lingkungan hidup umum dan khusus meliputi tempat hidup, produksi makanan, pusat kegiatan masyarakat, dan wilayah di sekitar sumber air minum harus terbebas dari pencemaran tinja.

Aksi kunci (dibaca bersama Catatan Panduan terkait)

- Melakukan segera upaya-upaya penanganan tinja secara tepat (lihat Catatan Panduan 1).
- Melakukan konsultasi cepat dengan penduduk yang terkena bencana mengenai praktik-praktik pembuangan tinja yang aman dan perilaku kebersihan (lihat Standar promosi kebersihan 1, Catatan Panduan 1–6).
- Melakukan kampanye promosi kebersihan dengan kesepakatan bersama mengenai masalah pembuangan tinja dan penggunaan sarana secara tepat (lihat Standar penyuluhan kesehatan 1, Catatan Panduan 1–6)

Indikator kunci (dibaca bersama Catatan Panduan terkait)

- Lingkungan tempat tinggal penduduk yang terkena bencana harus terbebas dari tinja (lihat Catatan Panduan 1–2).
- Semua upaya penanganan tinja, misalnya *jamban parit*, jamban cubluk (*pit latrine*), dan lubang resapan (*soakaway pit*), sedikitnya terpisah 30 meter dari sumber air tanah. Dasar jamban atau lubang resapan berada sedikitnya 1,5 meter di atas muka air tanah (lihat Catatan Panduan 3).
- Dalam situasi banjir atau muka air yang tinggi, harus dilakukan upaya-

upaya yang tepat untuk mengatasi masalah pencemaran tinja pada sumber air tanah (lihat Catatan Panduan 3).

- Pengaliran atau tumpahan dari sistem pembuangan tinja tidak boleh mencemari sumber air permukaan atau sumber air tanah dangkal (lihat Catatan Panduan 3).
- Jamban digunakan dengan cara yang sebersih mungkin dan tinja dari anak-anak segera dibuang dengan bersih (lihat Catatan Panduan 4).

Catatan Panduan

1. **Pembuangan tinja yang aman:** pembuangan tinja yang aman bertujuan untuk menjamin terbebasnya lingkungan dari tinja manusia yang tidak terkendali dan bertebaran. Segera setelah bencana terjadi rencana penanganan pembuangan tinja harus sudah dipersiapkan, mempertimbangkan pelaksanaan kegiatan kampanye pembersihan awal, memisahkan dan membatasi wilayah untuk pembuangan tinja, dan penentuan lahan dan pembuatan jamban komunal. Berdasarkan konteks, langkah paling efektif adalah dengan melakukan pendekatan bertahap untuk memecahkan persoalan sanitasi yang ada. Libatkan seluruh kelompok penduduk yang terkena bencana dalam pelaksanaan kegiatan pembuangan tinja yang aman. Di wilayah dengan penduduk yang secara tradisional tidak terbiasa menggunakan jamban, perlu dilakukan sebuah kampanye bersama promosi kebersihan untuk mendorong tercapainya pembuangan tinja yang aman dan untuk menciptakan tuntutan akan kebutuhan jamban dalam jumlah lebih. Di daerah perkotaan yang mungkin terdapat kerusakan pada sistem pembuangannya, lakukan pengkajian situasi dan pertimbangkan untuk memasang jamban sementara atau gunakan *septic tank* atau tangki penampung yang dapat disedot secara berkala. Pertimbangan yang tepat harus diberikan dalam melakukan penyedotan, penanganannya, pengangkutannya, dan pembuangan akhir untuk kotoran.
2. **Tempat pembuangan tinja:** dalam tahap awal dan dengan tersedianya lahan, beri tanda lahan yang akan digunakan untuk pembuangan tinja dan/atau buatlah *jamban parit*. Hal ini hanya bisa dilakukan jika lahan dikelola dan dipelihara dengan benar dan penduduk yang terkena bencana memahami pentingnya penggunaan fasilitas yang disediakan dan lokasi sarana tersebut dibangun.
3. **Jarak sistem pembuangan tinja dari sumber air:** jarak lubang resapan, *jamban parit* dan/atau jamban dari sumber air sedikitnya harus 30 meter dan dasar lubang tinja sedikitnya harus 1,5 meter di atas muka air tanah. Jarak ini harus lebih besar di area dengan kondisi berbatu-batu dan bergamping, atau dikurangi untuk daerah dengan karakter butiran tanah yang halus. Pada beberapa kegiatan tanggap darurat, polusi terhadap air tanah mungkin bukan persoalan mendesak jika sumber itu tidak digunakan langsung untuk minum. Justru pengolahan air di rumah tangga



atau pilihan-pilihan lain perlu untuk diadopsi (lihat Standar pasokan air 2, Catatan Panduan 6). Di daerah banjir atau lingkungan dengan kondisi muka air sedang tinggi, perlu dibangun jamban-jamban atau *septic tank* penampung tinja yang dinaikkan ketinggiannya dan mencegah pencemaran lingkungan. Menjadi sebuah keharusan bahwa saluran limbah atau tumpahan dari *septic tank* tidak mencemari sumber-sumber air permukaan dan/atau air tanah.

4. **Penanganan tinja anak-anak:** berikan perhatian khusus bagi pembuangan tinja anak-anak, karena umumnya tinja anak-anak lebih berbahaya ketimbang tinja orang dewasa (infeksi terkait tinja pada anak-anak seringkali lebih tinggi dan anak-anak mungkin belum membuat antibodi terhadap infeksi). Para orang tua dan pengasuh harus memperoleh informasi tentang pembuangan tinja bayi yang aman, praktik-praktik pencucian dan cara pemakaian popok, pispot atau pencedok untuk dapat menangani pembuangan tinja secara efektif.

Standar pembuangan tinja 2:

Sarana-sarana Jamban yang Layak dan Memadai

Penduduk memperoleh sarana jamban yang memadai, cocok dan pantas, cukup dekat jaraknya dari tempat permukiman mereka, memungkinkan akses yang cepat, aman dan terlindungi sepanjang waktu, siang dan malam.

Aksi kunci (dibaca dengan Catatan Panduan terkait)

- Konsultasikan dan pastikan persetujuan dari seluruh pengguna (khususnya para perempuan dan orang-orang dengan mobilitas terbatas) berkenaan dengan penentuan lokasi, rancangan, dan kelayakan dari sarana sanitasi (lihat Catatan Panduan 1–4 dan Prinsip Perlindungan 1–2)
- Sediakan bagi para penduduk yang terkena bencana, perangkat, peralatan, dan bahan-bahan untuk membangun, memelihara, dan membersihkan sarana jamban (lihat Catatan Panduan 6–7).
- Sediakan pasokan air yang memadai untuk keperluan mencuci tangan dan untuk menggelontor kotoran jamban dan/atau mekanisme penutupan jamban yang aman, dan bahan pembersih dubur yang pantas untuk penggunaan di jamban cubluk konvensional (lihat Catatan Panduan 7–8).

Indikator kunci (dibaca bersama dengan Catatan Panduan terkait)

- Jamban dirancang, dibangun, dan ditempatkan secara layak untuk memenuhi persyaratan sebagai berikut:
 - jamban tersebut dapat digunakan dengan aman oleh seluruh bagian dalam populasi, termasuk anak-anak, para lansia, perempuan hamil, dan orang berkebutuhan khusus (lihat Catatan Panduan 1)

- jamban terletak dengan jarak yang cukup untuk mengurangi ancaman keselamatan penggunanya, terutama perempuan dan remaja perempuan, sepanjang malam dan siang (lihat Catatan Panduan 3 dan Prinsip Perlindungan 1, Catatan Panduan 1–6)
 - jamban tersebut mampu memberikan tingkat privasi yang sejalan dengan norma yang dianut oleh penggunanya (lihat Catatan Panduan 3)
 - jamban tersebut dapat digunakan secara memadai dan tetap bersih dan tidak membawa bahaya kesehatan bagi lingkungan
 - bergantung pada konteksnya, jamban-jamban tersebut disertai dengan persediaan air yang cukup untuk keperluan mencuci tangan dan/atau menggelontor kotoran sehabis buang air (lihat Catatan Panduan 7–8)
 - jamban-jamban tersebut dapat digunakan untuk pembuangan barang-barang kebersihan menstruasi perempuan dan memberikan privasi yang cukup bagi para perempuan untuk mencuci dan mengeringkan material kebersihan menstruasi mereka. (lihat Catatan Panduan 9)
 - jamban-jamban tersebut meminimalkan bersarangnya lalat dan nyamuk (lihat Catatan Panduan 7)
 - dalam kondisi jamban tersebut tertutup atau untuk penggunaan jangka pendek dan perlu untuk mengosongkannya, maka jamban tersebut dilengkapi dengan mekanisme penyedotan, pengangkutan, dan pembuangan yang layak (lihat Catatan Panduan 11)
 - dalam situasi muka air yang sedang tinggi atau banjir, sumur tinja atau penampung tinja harus dibuat kedap air dengan tujuan untuk meminimalkan pencemaran air tanah dan lingkungan (lihat Catatan Panduan 11).
- Maksimal 20 penduduk menggunakan masing-masing jamban (lihat Catatan Panduan 1–4 dan Lampiran 3: Jumlah minimum jamban di lokasi-lokasi umum dan lembaga pada situasi bencana).
 - Di tempat-tempat umum, tersedia jamban-jamban yang terpisah dan dapat dikunci dari dalam untuk para perempuan dan laki-laki, seperti pasar, pusat penyaluran barang, pusat-pusat kesehatan, sekolah dan sebagainya (lihat Catatan Panduan 2 dan Prinsip Perlindungan 1–2).
 - Jamban terletak tidak lebih dari 50 meter dari permukiman (lihat Catatan Panduan 5).
 - Penggunaan jamban diatur berdasar rumah tangga dan/atau dipilah berdasar jenis kelamin (lihat Catatan Panduan 2–5).
 - Seluruh penduduk yang terkena bencana merasa puas dengan proses konsultasi yang dilakukan dan dengan sarana jamban yang dibangun serta penggunaannya yang tepat (lihat Catatan Panduan 1–10).
 - Penduduk mencuci tangannya setelah menggunakan jamban, sebelum makan dan sebelum menyiapkan makanan (lihat Catatan Panduan 8).



Catatan Panduan

1. **Sarana yang dapat diterima:** keberhasilan program pembuangan tinja bergantung pada pemahaman terhadap kebutuhan penduduk yang beragam dan partisipasi mereka. Mungkin sulit untuk membuat semua jamban dapat diterima oleh seluruh kelompok. Jamban khusus mungkin perlu dibangun untuk anak-anak, para usia lanjut, dan orang-orang yang membutuhkan khusus, misalnya jamban dengan dudukan atau pegangan atau penyediaan bejana sorong, pispot, atau bangku berlubang (*commode*). Jenis sarana sanitasi yang digunakan bergantung pada lamanya intervensi, pilihan dan kebiasaan berdasarkan budaya dari para pengguna, infrastruktur yang ada, ketersediaan air (untuk menggelontor kotoran sesuai buang air dan penampungan), formasi tanah dan ketersediaan bahan bangunan. Jenis-jenis pembuangan tinja untuk tahap-tahap respons bencana yang berbeda dapat dilihat dalam tabel berikut.

Tabel pilihan alternatif untuk pembuangan tinja yang aman

	Jenis pembuangan tinja yang aman	Keterangan pelaksanaan
1	Daerah pembuangan tinja yang dipisahkan (misalnya dengan segmen lembar pemisah)	Tahap awal: dua sampai tiga hari pertama ketika sejumlah besar penduduk membutuhkan sarana cepat
2	<i>Jamban parit</i>	Tahap awal: sampai dengan masa dua bulan
3	Jamban cubluk sederhana	Rencana untuk digunakan sejak awal berlanjut hingga penggunaan jangka panjang
4	<i>Ventilated improved pit (VIP) latrines</i>	Sesuai konteksnya, dari respons jangka waktu menengah hingga jangka panjang
5	<i>Ecosan with urine diversion</i> (sanitasi ekologis dengan pemisahan urine)	Sesuai konteksnya, dalam respons untuk situasi muka air tinggi dan banjir sejak dari awal, atau menengah hingga jangka panjang
6	<i>Septic tanks</i>	Tahap menengah hingga jangka panjang

2. **Jamban umum:** di tempat-tempat umum, jamban dibangun dengan disertai sistem yang jelas untuk pembersihan dan pemeliharaan yang layak dan berkala. Data populasi yang dipisahkan digunakan untuk merencanakan jumlah kamar kecil bagi perempuan dan bagi laki-laki dengan perkiraan perbandingan 3:1. Jika memungkinkan, disediakan jamban khusus untuk kencing (lihat Lampiran 3: Jumlah minimal jamban di tempat-tempat umum dan lembaga pada situasi bencana).

3. **Jamban rumah tangga:** jika memungkinkan, jamban rumah tangga adalah pilihan yang lebih disukai. Harus disasarkan satu jamban untuk maksimal 20 orang. Pada saat tidak tersedia jamban sama sekali, dapat dimulai dengan penyediaan satu jamban untuk 50 orang dan menurunkan jumlah pengguna menjadi 20 secepatnya. Dalam beberapa kondisi, keterbatasan lahan memaksa angka sasaran ini sulit untuk dipenuhi. Dalam kasus seperti ini, segera lakukan advokasi yang kuat untuk memperoleh lahan tambahan. Namun, perlu diingat bahwa tujuan utama adalah untuk menyediakan dan memelihara lingkungan yang terbebas dari tinja manusia.
4. **Pembagian sarana:** keluarga penduduk harus diajak berdiskusi mengenai penentuan lahan dan rancangan, dan pembersihan dan pemeliharaan yang bertanggung jawab atas jamban yang digunakan secara gabungan. Pada umumnya, besar kemungkinannya jamban yang bersih lebih sering digunakan. Harus dilakukan upaya untuk memberikan akses yang mudah ke jamban bagi para penderita penyakit kronis seperti ODHA karena seringnya mereka mengalami diare kronis dan berkurangnya mobilitas.
5. **Sarana yang aman:** penentuan lahan yang kurang tepat untuk lokasi jamban dapat menyebabkan perempuan dan remaja putri lebih rentan terhadap gangguan, terlebih pada malam hari. Pastikan bahwa perempuan dan remaja putri merasa aman ketika menggunakan jamban yang disediakan. Jika memungkinkan, jamban komunitas harus diberi lampu penerangan, atau disediakan senter bagi rumah tangga. Masukan dari masyarakat harus terus digali untuk tujuan meningkatkan keselamatan para pengguna sarana (lihat Prinsip Perlindungan 1–2) .
6. **Penggunaan bahan bangunan dan peralatan lokal:** sangat dianjurkan untuk menggunakan bahan bangunan yang tersedia secara lokal untuk pembuatan jamban. Hal tersebut dapat meningkatkan partisipasi dari penduduk yang terkena bencana untuk menggunakan dan memelihara sarana-sarana yang dibuat. Memberikan peralatan konstruksi bagi masyarakat juga akan membantu dalam mencapai tujuan ini.
7. **Air dan bahan pembersih dubur:** air harus tersedia untuk jamban dengan mekanisme penggelontoran setelah buang air dan/atau mekanisme kebersihan lainnya. Untuk jamban cubluk konvensional, perlu untuk disediakan kertas jamban, atau bahan lain untuk membersihkan dubur. Para pengguna harus diajak berdiskusi untuk menentukan bahan pembersih yang secara budaya paling pantas dan cara pembuangannya yang aman.
8. **Mencuci tangan:** para pengguna harus memiliki sarana untuk mencuci tangannya dengan sabun atau bahan alternatif lainnya (misalnya abu) setelah menggunakan jamban, setelah membersihkan bokong anak-anak usai buang air besar, dan sebelum makan dan menyiapkan makanan.



Untuk mencapai tujuan tersebut harus disediakan sumber air tetap di dekat jamban.

9. **Menstruasi:** perempuan dan remaja putri dalam usia menstruasi, termasuk remaja putri anak sekolah, harus memiliki bahan yang tepat untuk penyerapan dan pembuangan darah menstruasi. Para perempuan dan remaja putri harus diajak berkonsultasi mengenai hal-hal yang dianggap pantas secara budaya. Dalam membangun jamban juga harus menyediakan sarana pembuangan bahan-bahan menstruasi yang layak atau sarana mencuci pribadi (lihat Standar promosi kebersihan 2, Catatan Panduan 2 dan 8)
10. **Penyedotan:** jika memungkinkan, dan tergantung pada kebutuhan, penyedotan jamban atau *septic tank* dan penampungan tinja, termasuk penentuan lokasi titik pembuangan akhir, perlu dipertimbangkan sejak dari awal.
11. **Jamban untuk kondisi lingkungan yang sulit:** dalam situasi banjir dan bencana di area perkotaan, biasanya sulit untuk menyediakan sarana pembuangan tinja yang layak. Dalam situasi seperti itu, perlu dipertimbangkan untuk melakukan berbagai mekanisme pengendalian limbah manusia, seperti jamban yang ditinggikan, jamban dengan pemisahan urin, tangki untuk penampungan air buangan, dan penggunaan kantong plastik sekali pakai yang bersifat sementara dengan sistem pembuangan dan penampungan yang tepat. Pendekatan-pendekatan yang berbeda ini perlu didukung dengan kegiatan-kegiatan promosi kebersihan.

5. Pengendalian Vektor

Vektor adalah agen pembawa penyakit. Penyakit yang disebarkan melalui vektor merupakan penyebab penyakit dan kematian terbesar di banyak situasi bencana. Nyamuk adalah vektor penyebar malaria, yang menjadi salah satu kasus utama penyebab kesakitan dan kematian. Nyamuk juga menularkan penyakit lain, seperti demam kuning, demam berdarah, dan demam *Haemorrhagic*. Lalat-lalat yang tidak menggigit atau lalat *synanthropic* seperti lalat rumah, lalat hijau (*blow fly*), dan lalat daging (*flesh fly*) berperan penting dalam penularan penyakit diare. Lalat-lalat penggigit, kutu tempat tidur, kutu loncat memberi gangguan yang menyakitkan dan di beberapa kasus menularkan penyakit-penyakit utama seperti *murine typhus*, *scabies*, dan sampar. Kutu juga menularkan demam kambuhan, sementara kutu manusia menularkan tifus dan demam kambuhan. Tikus dan mencit dapat menyebarkan penyakit-penyakit seperti *leptospirosis* dan *salmonellosis*, dan dapat menjadi sarang bagi vektor lain, misalnya kutu, yang menularkan demam Lassa, penyakit sampar, dan infeksi-infeksi lain.

Penyakit-penyakit yang ditularkan vektor dapat dikendalikan dengan berbagai upaya, termasuk pemilihan tempat dan penyediaan hunian, pasokan air, pembuangan tinja, untuk pengelolaan limbah padat dan saluran limbah, penyediaan layanan kesehatan (termasuk mobilisasi masyarakat dan penyuluhan kesehatan), pengendalian kimiawi, perlindungan keluarga dan perorangan, dan perlindungan efektif dalam penyimpanan makanan. Sifat penyakit yang ditularkan oleh vektor seringkali kompleks dan mengatasi masalah-masalah terkait vektor akan membutuhkan perhatian dari ahli terkait. Namun, banyak hal yang sering dapat dilakukan untuk membantu mencegah penyebaran penyakit dengan upaya-upaya yang sederhana dan efektif yang dapat segera dilakukan sesaat setelah diidentifikasi adanya penyakit, vektor penularnya, dan interaksinya terhadap penduduk.

Standar pengendalian vektor 1:

Perlindungan Pribadi dan Rumah Tangga

Seluruh penduduk yang terkena bencana memiliki pengetahuan dan perangkat untuk melindungi diri mereka sendiri dari penyakit dan vektor yang mengganggu yang besar kemungkinannya menyebabkan risiko terhadap kesehatan dan kesejahteraan.

Aksi kunci (dibaca bersama dengan catatan panduan terkait)

- Tingkatkan kesadaran para penduduk yang terkena bencana yang berisiko terkena penyakit yang ditularkan oleh vektor, mengenai hal-hal apa saja yang dapat menyebabkan penyakit yang ditularkan vektor, metode penularannya dan metode pencegahan yang mungkin bisa dilakukan (lihat Catatan Panduan 1–5).
- Bantu penduduk yang terkena bencana untuk menghindarkan diri dari gigitan nyamuk dalam waktu puncak dengan menyediakan peranti yang tidak berbahaya bagi mereka (misalnya kelambu tempat tidur, kasa anti nyamuk) (lihat Catatan Panduan 3).
- Berikan perhatian lebih pada perlindungan untuk kelompok berisiko tinggi seperti ibu hamil dan ibu menyusui, balita, bayi, para usia lanjut, mereka dengan mobilitas terbatas dan para penderita sakit tertentu (lihat Catatan Panduan 3).
- Lakukan pengendalian terhadap kutu tubuh manusia yang dapat mengundang ancaman akan terkena tifus yang ditularkan kutu atau demam kambuhan (lihat Catatan Panduan 4).
- Pastikan tempat tidur dan pakaian dikeringkan dan dicuci secara berkala (lihat Catatan Panduan 4).

Indikator kunci (dibaca bersama Catatan Panduan terkait)

- Seluruh penduduk memperoleh akses ke hunian yang tidak menjadi sarang penyakit atau memicu berjangkitnya populasi vektor dan terlindungi oleh upaya-upaya pengendalian vektor yang tepat (lihat Catatan Panduan 3–5).
- Semua penduduk berisiko terkena penyakit yang ditularkan oleh vektor memahami modus penularan dan melakukan tindakan untuk melindungi diri mereka sendiri (lihat Catatan Panduan 1–5).
- Seluruh penduduk yang memperoleh pasokan kelambu berinsektisida dapat menggunakan kelambu tersebut secara efektif (lihat Catatan Panduan 3).
- Seluruh makanan yang disimpan di dalam rumah tangga terlindungi dari kontaminasi vektor seperti lalat, serangga, dan tikus (lihat Catatan Panduan 4).

Catatan Panduan

1. ***Menentukan risiko penyakit yang ditularkan oleh vektor:*** keputusan mengenai intervensi pengendalian vektor harus didasarkan pada pengkajian risiko penyakit yang memiliki kemungkinan besar untuk berjangkit, serta bukti-bukti klinis yang telah ada terkait masalah penyakit yang ditularkan oleh vektor. Faktor-faktor yang memengaruhi risiko ini meliputi:
 - status imunitas dari penduduk, termasuk kondisi kerentanan terhadap penyakit sebelumnya, tekanan gizi, dan tekanan yang lain;
 - perpindahan penduduk (misalnya pengungsi, pengungsi internal dari

- area non-endemik ke daerah endemi merupakan penyebab umum terjadinya epidemi);
- jenis patogen dan prevalensi, baik dalam vektor maupun dalam tubuh manusia;
 - spesies vektor, perilaku, dan ekologi;
 - data terkait vektor(musim, area bersarang, dsb.);
 - kondisi kerentanan terhadap vektor: kedekatan terhadap vektor, pola permukiman, jenis hunian, perlindungan pribadi yang ada, dan upaya-upaya penghindaran.
- 2. Indikator untuk program pengendalian vektor:** indikator yang umumnya digunakan untuk mengukur hasil pengaruh dari dilaksanakannya kegiatan-kegiatan pengendalian vektor adalah angka insiden penyakit yang disebarkan oleh vektor (dari data epidemiologis, data berbasis masyarakat, dan indikator-indikator proksi, yang tergantung pada responsnya) dan hitung kuantitas parasit (menggunakan piranti diagnostik cepat atau mikroskopis).
- 3. Upaya perlindungan pribadi terhadap malaria:** jika terdapat risiko yang tinggi terhadap malaria, dianjurkan untuk menyelenggarakan upaya-upaya perlindungan yang sistematis dan tepat-waktu, seperti bahan-bahan yang telah diolah dengan insektisida, misalnya tenda, tirai jendela, dan kelambu. Kelambu yang diberi kandungan insektisida memiliki manfaat untuk memberi perlindungan dari kutu tubuh dan kutu rambut, kutu pinjal, caplak, kecoa, dan kutu tempat tidur. Beberapa metode yang dapat digunakan untuk melindungi diri dari nyamuk di antaranya adalah baju berlengan panjang, bahan kimia fumigasi untuk rumah tangga, obat nyamuk bakar, aerosol semprot, dan kasa anti-serangga. Penting untuk memastikan bahwa para pengguna memahami pentingnya perlindungan dan cara menggunakan perangkatnya dengan benar sehingga upaya-upaya perlindungan tersebut dapat berjalan efektif. Ketika sumber daya sulit ditemukan, perlindungan ini harus diarahkan pada orang-orang dan kelompok yang paling berisiko, seperti kelompok balita, perempuan yang tidak diimunisasi, dan perempuan hamil.
- 4. Upaya perlindungan pribadi terhadap vektor lain:** tingkat kebersihan pribadi yang baik dan kebiasaan mencuci baju dan spreï secara berkala merupakan perlindungan yang paling efektif terhadap kutu tubuh. Masuknya kutu dapat dikendalikan dengan perawatan pribadi (pemberian bedak bubuk), kegiatan mencuci massal atau kampanye menyelisik kutu dan dengan pemberian petunjuk-petunjuk perawatan begitu para pengungsi internal tiba di lokasi penampungan. Lingkungan rumah tangga yang bersih, disertai dengan pembuangan air yang bagus dan penyimpanan makanan yang baik (yang dimasak dan belum dimasak), akan mencegah tikus, dan berbagai jenis binatang pengerat lain serta serangga (seperti kecoa) memasuki rumah atau tempat hunian.



5. **Penyakit-penyakit yang ditularkan melalui air** : dalam kondisi adanya risiko tertular penyakit seperti *schistosomiasis*, *Guinea worm*, atau *leptospirosis* (yang ditularkan melalui kontak langsung dengan urine mamalia, terlebih urine tikus – lihat Lampiran 4: Air dan penyakit terkait pembuangan tinja dan mekanisme penularannya), penduduk harus menerima informasi terkait risiko kesehatan dan harus menghindari diri untuk tidak menghampiri saluran-saluran air. Lembaga-lembaga mungkin perlu bekerja dengan penduduk yang terkena bencana untuk mendapatkan sumber air alternatif atau memastikan bahwa air dalam segala bentuk penggunaannya telah melalui pengolahan yang tepat.

Standar pengendalian vektor 2:

Upaya-upaya Perlindungan Fisik, Alami dan Kimiawi

Lingkungan tempat para penduduk yang terkena bencana tidak membuat mereka terpapar vektor-vektor pengganggu dan penyebab penyakit dan sejauh memungkinkan, vektor-vektor tersebut harus terus dikurangi.

Aksi kunci (dibaca bersama Catatan Panduan terkait)

- Tempatkan penduduk yang mengungsi di lokasi-lokasi yang meminimalkan kemungkinan mereka terpapar vektor, terlebih nyamuk (lihat Catatan Panduan 1).
- Jika memungkinkan untuk dilakukan, bersihkan dan/atau batasi lokasi berkembangbiaknya dan bersarangnya vektor (lihat Catatan Panduan 2–4).
- Lakukan pengendalian alat secara intensif di lokasi permukiman dengan kepadatan tinggi ketika dilihat adanya kemungkinan risiko epidemik diare (lihat Catatan Panduan 2).
- Buatlah mekanisme rujukan medis bagi penduduk yang terinfeksi malaria untuk memperoleh diagnosis dan perawatan dini (lihat Catatan Panduan 5).

Indikator kunci

- Kepadatan populasi nyamuk dijaga untuk tetap rendah untuk menghindari risiko tingkat penularan dan infeksi yang tinggi (lihat Catatan Panduan 4).
- Berkurangnya jumlah penduduk yang terkena masalah kesehatan terkait vektor (lihat Catatan Panduan 1–5).

Catatan Panduan

1. **Pemilihan lahan** penting dilakukan dalam meminimalkan kemungkinan adanya hubungan langsung penduduk yang terkena bencana dengan risiko penyakit terhadap penyakit yang ditularkan vektor. Hal ini harus

menjadi faktor kunci ketika mempertimbangkan lahan yang memungkinkan. Untuk tujuan pengendalian malaria, sebagai contoh, penampungan sebaiknya berlokasi 1–2 kilometer berlawanan arah angin dari daerah berkembangbiaknya vektor, seperti rawa atau danau, kapan pun sumber air bersih tambahan dapat dipasok (lihat Tenda dan Hunian Standar 2, Catatan Panduan 5–9)

2. **Pengendalian vektor alami dan kimiawi:** terdapat sejumlah upaya rekayasa alami yang dapat digunakan untuk mengurangi kesempatan berkembangbiaknya vektor. Termasuk di dalamnya adalah pembuangan kotoran manusia dan binatang yang layak (lihat bagian pembuangan tinja), pembuangan sampah yang benar untuk mengendalikan lalat dan tikus (lihat bagian pengelolaan limbah padat), saluran limbah untuk air tergenang, dan membersihkan tumbuhan yang tidak diinginkan yang menutupi saluran air terbuka dan kolam-kolam untuk mengendalikan perkembangan nyamuk (lihat bagian saluran limbah). Upaya-upaya kesehatan lingkungan prioritas semacam itu akan memberi pengaruh terhadap kepadatan populasi beberapa jenis vektor. Mungkin sulit untuk memberi pengaruh terhadap semua lokasi berkembang biak, makanan, dan bersarangnya vektor dalam sebuah permukiman atau di sekelilingnya, bahkan dalam masa jangka panjang, dan oleh sebab itu, upaya-upaya pengendalian kimiawi secara terbatas atau upaya-upaya perlindungan secara perseorangan mungkin perlu dilakukan. Sebagai contoh, penyemprotan pada wilayah yang terinfeksi dapat menurunkan jumlah lalat dewasa dan mencegah wabah diare, atau dapat membantu meminimalkan beban penyakit jika dilakukan dalam suatu situasi epidemi.
3. **Merancang respons:** program pengendalian vektor mungkin tidak berpengaruh terhadap penyakit jika program tersebut diarahkan ke vektor yang salah, menggunakan metode yang tidak efektif, atau dengan sasaran vektor yang benar tetapi di tempat yang salah atau waktu yang tidak tepat. Program pengendalian pada awalnya harus bertujuan untuk mencapai tujuan berikut: mengurangi kepadatan populasi vektor, mengurangi kontak manusia-vektor, dan mengurangi tempat berkembangbiakan vektor. Program yang dilakukan dengan buruk justru dapat bersifat kontra produktif. Diperlukan kajian yang rinci dan saran dari para ahli yang dapat diperoleh dari organisasi kesehatan nasional maupun internasional. Di samping itu, perlu untuk mencari saran lokal mengenai pola-pola penyakit lokal, lokasi berkembangbiakan vektor, variasi musiman banyaknya vektor dan insiden penyakit, dan sebagainya.
4. **Pengendalian lingkungan nyamuk:** pengendalian lingkungan bertujuan utama untuk membasmi daerah berkembangbiakan nyamuk. Tiga spesies utama yang menjadi penyebab tertularnya penyakit adalah *Culex* (filariasis), *Anopheles* (malaria dan filariasis), dan *Aedes* (demam kuning dan demam berdarah). Nyamuk *Culex* berkembang biak pada air yang tergenang yang bercampur dengan material organik seperti jamban. Nyamuk *Anopheles*



biasanya berkembang biak di air permukaan yang tidak terpolusi seperti genangan, riak air dengan aliran yang pelan dan sumur. Nyamuk *Aedes* berkembang biak pada wadah-wadah bekas air seperti botol, ember, ban. Contoh pengendalian nyamuk secara alami adalah salah satunya dengan saluran limbah yang baik, VIP (*ventilated improved pit*) yang berfungsi dengan baik, jamban, menjaga agar tutup jamban rapi pada lubang jongkok di jamban cubluk dan juga penutup untuk penyimpanan air, dan menjaga sumur-sumur tertutup dan/atau mengolahnya dengan larvasida (misalnya untuk wilayah yang terjangkiti endemi demam berdarah).

5. **Pengendalian malaria:** strategi pengendalian malaria yang bertujuan untuk mengurangi kepadatan populasi nyamuk harus dilakukan secara simultan dengan diagnosis dan perawatan segera dengan anti-malaria yang efektif. Strategi semacam ini juga termasuk membasmi daerah berkembangbiaknya nyamuk, mengurangi waktu hidup hariannya, dan membatasi kebiasaan nyamuk menggigit manusia. Kampanye untuk mendorong adanya penanganan dan diagnosis segera sebaiknya diprakarsai dan dibuat berkelanjutan. Pendekatan yang terpadu, yang menggabungkan pencarian kasus secara aktif oleh para pekerja lapangan dan pengobatan dengan obat anti-malaria yang efektif, lebih memungkinkan untuk mengurangi beban daripada pencarian kasus secara pasif melalui layanan kesehatan terpusat (lihat Standar layanan kesehatan utama – Pengendalian Terhadap Penyakit Menular, Catatan Panduan 3)

Standar pengendalian vektor 3:

Pengendalian Keamanan Kimiawi

Upaya pengendalian vektor kimiawi dilaksanakan dengan cara yang dapat memastikan bahwa staf, penduduk yang terkena bencana, dan lingkungan setempat terlindungi secara memadai, dan mencegah resistensi kimiawi terhadap bahan yang digunakan.

Aksi kunci (dibaca bersama dengan Catatan Panduan terkait)

- Lindungi petugas yang melakukan pekerjaan kimiawi dengan memberi mereka pelatihan, pakaian pelindung, sarana mandi, dan memberi batasan lamanya jumlah jam kerja untuk melakukan pekerjaan kimiawi (lihat Catatan Panduan 1).
- Sampaikan informasi kepada penduduk yang terkena bencana tentang risiko yang disebabkan oleh substansi kimia yang digunakan dalam pengendalian vektor kimiawi dan mengenai jadwal pemakaiannya. Berilah pelindung kepada penduduk selama dan sesudah pemakaian bahan beracun atau pestisida, sesuai dengan prosedur yang telah disepakati secara internasional (Catatan Panduan 1).

Indikator kunci (dibaca bersama Catatan Panduan terkait)

- Standar dan norma internasional harus dipatuhi, dalam hal yang berkaitan dengan pilihan kualitas, tempat penampungan dan transportasi bahan kimia untuk upaya pengendalian vektor. Tidak adanya laporan atau hasil observasi mengenai reaksi yang membahayakan akibat dari penggunaan bahan kimiawi pengendali vektor (lihat Catatan Panduan 1).
- Seluruh bahan kimiawi pengendali vektor selalu dilaporkan penggunaannya (lihat Catatan Panduan 1).

Catatan Panduan

Protokol nasional dan internasional: terdapat protokol dan norma internasional yang jelas, diterbitkan oleh WHO, yang harus selalu ditaati dalam penerapannya. Protokol tersebut berlaku baik dalam hal pilihan mau pun pemakaian bahan kimiawi dalam pengendalian vektor, termasuk perlindungan personel dan persyaratan-persyaratan pelatihan yang perlu dilakukan. Upaya-upaya pengendalian vektor harus mempertimbangkan dua hal yang bersifat prinsip: kemanjuran dan keselamatan. Jika dalam kaitannya dengan pilihan jenis bahan kimia yang sesuai dengan standar nasional yang digunakan gagal memenuhi standar internasional, yang berakibat pada kondisi yang membahayakan kesehatan dan keselamatan atau justru tidak membawa pengaruh terhadap pengendalian vektor, maka lembaga bersangkutan sebaiknya berkonsultasi dan melakukan pendekatan kepada pihak berwenang di tingkat nasional untuk diizinkan mengikuti standar internasional.



6. Pengelolaan Limbah Padat

Pengelolaan limbah padat merupakan proses penanganan dan pembuangan limbah padat berbahaya yang, jika tidak memperoleh perhatian yang tepat, dapat menimbulkan risiko kesehatan publik bagi masyarakat yang terkena bencana dan dapat membawa dampak negatif terhadap lingkungan. Risiko-risiko seperti itu dapat muncul dari bersarangnya lalat dan tikus yang dapat berkembang biak di tempat sampah padat (lihat bagian Pengendalian vektor) dan polusi terhadap sumber air permukaan dan sumber air tanah akibat dari berbagai campuran limbah rumah tangga dan klinis maupun limbah industri. Limbah padat yang berserak dan makin menumpuk, dan reruntuhan yang tersisa dari sebuah bencana alam dapat juga menciptakan lingkungan yang buruk dan tidak nyaman, yang mungkin akan semakin melemahkan usaha-usaha untuk memperbaiki aspek-aspek kesehatan lingkungan lainnya. Sampah padat sering menyumbat saluran-saluran limbah dan meningkatkan risiko banjir, yang membawa akibat pada munculnya masalah-masalah kesehatan lingkungan yang berkaitan dengan air yang tergenang dan air permukaan yang telah terkena polusi. Pemulung sampah, yang memperoleh pemasukan sedikit dari mengumpulkan barang dari tempat pembuangan sampah, dapat berisiko terkena penyakit menular dari limbah rumah sakit yang bercampur dengan limbah rumah tangga.

Standar pengelolaan limbah padat 1:

Pengumpulan dan Pembuangan

Penduduk yang terkena bencana berada pada lingkungan bebas sampah padat, termasuk limbah medis, dan memiliki peranti untuk membuang sampah rumahan mereka secara nyaman dan efektif.

Aksi kunci (dibaca bersama Catatan Panduan terkait)

- Libatkan penduduk yang terkena bencana dalam rancangan dan pelaksanaan program pembuangan sampah padat (lihat Catatan Panduan 1).
- Selenggarakan kampanye pembersihan sampah padat secara periodik (lihat Catatan Panduan 1).

- Pertimbangkan kesempatan usaha skala-kecil atau pendapatan tambahan dari pendauran ulang sampah (lihat Catatan Panduan 3).
- Bersama dengan penduduk yang terkena bencana, buatlah sebuah sistem yang menjamin bahwa sampah rumah tangga akan ditempatkan dalam tempat-tempat sampah untuk pengumpulan secara berkala untuk kemudian dibakar atau dikubur di tempat pembuangan akhir yang telah ditentukan dan memastikan bahwa limbah medis dan yang mengandung bahan berbahaya tetap dipisahkan di sepanjang rangkaian proses pembuangan (lihat Catatan Panduan 3).
- Jauhkan sampah dari tempat penampungan sebelum keberadaannya membawa risiko kesehatan atau gangguan (lihat Catatan Panduan 2–6).
- Sediakan penampungan sampah tambahan dan sarana pengumpulannya untuk keluarga-keluarga, dengan mempertimbangkan adanya akumulasi sampah tambahan dalam situasi bencana.
- Sediakan tempat pembuangan sampah yang ditandai dengan jelas dan diberi pagar yang layak, tong-tong sampah atau tempat pembuangan di lokasi-lokasi tertentu di tempat umum, seperti daerah pasar dan pengolahan ikan dan pemotongan hewan (lihat Catatan Panduan 3–6).
- Pastikan adanya sistem pengumpulan sampah berkala (lihat Catatan Panduan 3–6).
- Adakan pembuangan akhir untuk sampah padat dengan cara dan tempat seperti dijelaskan di atas untuk mencegah munculnya masalah-masalah kesehatan dan lingkungan bagi penduduk yang di sekitar lokasi pembuangan akhir mau pun penduduk yang terkena bencana (lihat Catatan Panduan 6–7).
- Persiapkan petugas yang menangani masalah pengumpulan dan pembuangan sampah padat dan mereka yang terlibat dalam proses daur ulang dengan pakaian pelindung yang tepat serta imunisasi anti tetanus dan hepatitis B (lihat Catatan Panduan 7).
- Dalam kejadian adanya kebutuhan prioritas untuk penanganan jenazah yang tepat dan bermartabat, lakukan koordinasi dengan lembaga yang bertanggung jawab dan pihak yang berwenang untuk menanganinya (lihat Catatan Panduan 8).

Indikator kunci (dibaca bersama dengan Catatan Panduan terkait)

- Seluruh rumah tangga memperoleh akses terhadap wadah pembuangan sampah yang dikosongkan sedikitnya dua kali seminggu, dengan lokasi terpisah tidak lebih dari 100 meter dari tempat pembuangan sampah warga (lihat Catatan Panduan 3).
- Setiap hari semua jenis sampah dari penduduk yang tinggal di penampungan dibersihkan dari lingkungan tempat tinggal terdekat dan sedikitnya dua kali seminggu dibersihkan dari lingkungan penampungan (lihat Catatan Panduan 1–3).
- Sedikitnya satu tempat sampah dengan volume 100 liter tersedia untuk setiap 10 rumah tangga, ketika sampah rumah tangga tidak dikubur di lokasi bersangkutan (lihat Catatan Panduan 3).



- Terdapat pembuangan sampah padat yang dikelola tepat waktu dan terkendali secara aman, dengan konsekuensi risiko polusi sampah padat yang minimal terhadap lingkungan (lihat Catatan Panduan 4–6).
- Segala jenis sampah medis (termasuk sampah yang berbahaya seperti bahan kaca, jarum, pembalut, dan obat-obatan) diisolasi dan dibuang secara terpisah ke dalam lubang pembuangan atau pembakaran yang dirancang, dibangun, dan dijalankan dengan tepat, dengan lubang abu yang dalam, dalam cakupan daerah masing-masing sarana kesehatan (lihat Catatan Panduan 4–7).

Catatan Panduan

1. **Perencanaan dan pelaksanaan:** pembuangan sampah padat harus direncanakan dan dilaksanakan dengan konsultasi dan koordinasi yang erat dengan masyarakat yang terkena bencana dan lembaga-lembaga yang berkaitan serta pihak-pihak yang memiliki kewenangan. Hal ini harus dimulai sejak awal intervensi sebelum masalah terkait sampah padat menjadi risiko kesehatan utama bagi masyarakat yang terkena bencana. Tergantung pada konteksnya, kampanye mempromosikan kebersihan secara periodik perlu diselenggarakan melalui konsultasi dengan penduduk bersangkutan dan pihak-pihak yang bertanggung jawab di wilayah setempat.
2. **Penguburan sampah:** jika sampah akan dikubur di tempat, baik di lubang sampah tingkat rumah tangga mau pun warga, lubang tersebut harus ditutup dengan dengan lapisan tanah untuk menghindarkannya dari vektor-vektor, seperti lalat dan tikus, yang tertarik untuk menjadikannya sarang berkembang biak. Jika tinja atau popok anak-anak dibuang, harus segera ditutup dengan tanah. Tempat pembuangan sampah harus dipisahkan dengan pagar untuk mencegah adanya kecelakaan dan akses dari anak-anak dan binatang. Harus dijaga agar dapat mencegah bocoran yang menyebabkan kontaminasi pada air tanah.
3. **Jenis sampah dan kuantitasnya:** sampah di tempat penampungan pengungsi sangat beragam isinya dan kuantitasnya, sesuai dengan besaran dan jenis kegiatan ekonomi, makanan pokok yang dikonsumsi, dan praktik-praktik lokal dalam mendaur ulang dan/atau membuang sampah. Harus dilakukan pengkajian terkait besarnya pengaruh sampah padat terhadap kesehatan penduduk dan tindakan yang tepat dilakukan bilamana diperlukan. Sampah rumah tangga dikumpulkan dalam tempat-tempat sampah untuk kemudian dibuang ke dalam lubang penguburan atau pembakaran. Jika tidak memungkinkan untuk menyediakan tempat sampah bagi masing-masing rumah tangga, tempat sampah komunal harus disediakan. Pendaauran ulang sampah padat di masyarakat harus digalakkan, sejauh hal tersebut tidak membawa risiko kesehatan yang signifikan. Harus dihindari adanya penyaluran barang yang membawa sampah padat dalam jumlah besar dari sisi pengepakan atau pemrosesannya ketika di tempat.

4. **Sampah medis:** Pengelolaan yang kurang tepat pada sampah-sampah sarana kesehatan meningkatkan kerentanan penduduk, pekerja kesehatan, dan pengelola sampah terhadap infeksi, efek beracun, dan luka. Dalam situasi bencana, jenis sampah paling berbahaya biasanya berupa benda-benda tajam dan tidak tajam yang terinfeksi (pembalut luka, kain bernoda darah, dan benda-benda organik seperti plasenta). Jenis-jenis sampah yang berbeda harus dipisahkan berdasar sumbernya. Sampah yang tidak terinfeksi (kertas, pembungkus plastik, sampah makanan) dapat dibuang sebagai sampah padat. Benda tajam yang terkontaminasi, terlebih jarum suntik dan penyuntiknya, harus ditempatkan di kotak yang aman setelah penggunaan. Kotak-kotak yang aman dan sampah-sampah yang terinfeksi lainnya dapat dibuang di tempat dengan menguburnya, pembakaran atau metode lain yang aman (lihat Standar Sistem Kesehatan 1, Catatan Panduan 11).
5. **Sampah pasar:** sebagian besar sampah pasar dapat diolah sebagaimana mengolah sampah domestik. Sampah dari tempat pemotongan hewan dan pasar ikan mungkin memerlukan pengolahan dan sarana khusus untuk menangani sampah cair yang dihasilkannya, dan untuk memastikan bahwa proses pemotongan hewan dilakukan dengan kondisi yang higienis dan sesuai dengan peraturan setempat. Sampah pemotongan hewan dapat dibuang ke lubang besar yang tertutup di sebelah tempat penyembelihan hewan atau tempat pengolahan ikan. Darah, dan sebagainya, dapat dialirkan dari tempat penyembelihan atau tempat pengolahan ikan ke dalam lubang melalui saluran yang tertutup lempeng (yang akan membantu mengurangi akses lalat ke dalam lubang pembuangan). Air juga harus tersedia untuk keperluan pembersihan.
6. **Penumpahan terkendali atau pengurukan sampah berlapis tanah:** pembuangan sampah dalam skala besar harus dilakukan di lokasi terpisah baik melalui *penumpahan terkendali* atau *pengurukan sampah berlapis tanah*. Metode tersebut tergantung pada cukupnya lokasi dan akses terhadap peralatan mekanis. Idealnya, sampah yang ditimbun harus ditutup dengan tanah setiap akhir hari, untuk menghindari terjadinya pengerukan atau berkembangbiaknya vektor.
7. **Keselamatan staf:** semua pihak yang terlibat dalam pengumpulan, pemindahan, pembuangan dan pendauran ulang sampah padat harus memperoleh pakaian pelindung, termasuk setidaknya adanya sarung tangan, tetapi sebaiknya baju celana terusan *overall*, sepatu *boot* dan masker pelindung. Jika diperlukan, imunisasi anti tetanus dan hepatitis B juga sebaiknya diberikan. Air dan sabun juga harus tersedia untuk mencuci tangan dan wajah. Staf yang berhubungan dengan sampah medis harus memperoleh informasi mengenai metode yang tepat dalam pengumpulan, pemindahan, dan pembuangannya, serta risiko-risiko yang timbul jika terjadi pengelolaan yang kurang tepat terhadap sampah medis tersebut.
8. **Pengelolaan jenazah:** pengelolaan dan/atau penguburan jenazah akibat dari terjadinya bencana alam harus dilakukan dengan tatalaksana yang tepat dan bermartabat. Biasanya hal tersebut ditangani oleh tim pencari dan pemulihan, melalui koordinasi dengan lembaga-lembaga pemerintah



dan pihak berwenang lainnya. Penguburan jenazah yang meninggal karena penyakit menular tertentu juga perlu ditangani secara tepat dan melalui konsultasi dan koordinasi dengan pihak yang berwenang di bidang kesehatan (lihat Standar Sistem Kesehatan 1, Catatan Panduan 12). Informasi lebih lanjut mengenai cara menangani penguburan jenazah dapat dilihat dari bagian bahan rujukan dan bahan bacaan lanjutan.

7. Saluran Limbah

Air permukaan di dalam atau di sekitar tempat penampungan pengungsi mungkin berasal dari rumah tangga dan air limbah dari titik-air, jamban yang bocor dan pembuangan, air hujan atau air banjir yang naik. Risiko kesehatan utama terkait dengan air permukaan adalah kontaminasi pasokan air dan lingkungan hidup, kerusakan jamban dan tempat tinggal, perkembangbiakan vektor dan kejadian tenggelam. Air hujan dan banjir yang naik dapat memperburuk situasi drainase di tempat penampungan dan lebih jauh dapat meningkatkan risiko kontaminasi. Untuk mengurangi risiko-risiko kesehatan yang mungkin muncul bagi penduduk yang terkena bencana, harus dilakukan pembuatan saluran limbah yang tepat, yang mengatasi kebutuhan saluran limbah bagi aliran air hujan melalui perencanaan lahan dan pembuangan air limbah dengan menggunakan drainase skala kecil, yang dibuat di lokasi. Saluran limbah skala besar pada umumnya ditentukan dalam proses pemilihan lahan dan pembangunan (lihat Standar tempat hunian dan penampungan 2, Catatan Panduan 5).

Standar saluran limbah 1

Pekerjaan Saluran Limbah

Penduduk yang terkena bencana berada di tengah lingkungan dengan tingkat risiko yang diminimalkan, baik risiko kesehatan maupun risiko lainnya sebagai akibat dari erosi air dan genangan air, air hujan yang tidak terserap tanah, air banjir, limbah cair rumah tangga, dan limbah cair dari sarana-sarana kesehatan.



Aksi kunci (dibaca bersama dengan catatan panduan terkait)

- Sediakan saluran limbah drainase yang layak sehingga wilayah tempat tinggal dan titik-titik penyaluran air tetap terhindar dari genangan air buangan dan pipa-pipa untuk aliran air hujan dapat tetap dalam kondisi bersih (lihat Catatan Panduan 1–2, 4–5).
- Buatlah kesepakatan dengan penduduk yang terkena bencana mengenai cara menangani masalah saluran limbah dan sediakan sejumlah perangkat yang tepat untuk melaksanakan pekerjaan saluran limbah skala kecil dan pemeliharannya bilamana diperlukan (lihat Catatan Panduan 4).
- Pastikan seluruh titik air dan sarana mencuci tangan memiliki saluran limbah yang efektif untuk mencegah kondisi tempat yang becek (lihat Catatan Panduan 2).

Indikator kunci (dibaca bersama dengan Catatan Panduan terkait)

- Saluran limbah untuk titik air direncanakan, dibangun, dan dipelihara dengan baik. Hal ini juga mencakup saluran limbah untuk tempat mencuci dan mandi serta titik-titik pengambilan air dan sarana-sarana mencuci tangan (lihat Catatan Panduan 2 dan 4).
- Tidak terjadi polusi pada sumber-sumber air permukaan dan/atau air tanah dari air saluran limbah (lihat Catatan Panduan 5).
- Tempat hunian, lorong jalan, dan sarana air dan sanitasi tidak terbanjiri atau terkikis oleh air (lihat Catatan Panduan 2–4).
- Tidak terjadi erosi yang disebabkan oleh air saluran limbah (lihat Catatan Panduan 5).

Catatan Panduan

1. **Pemilihan dan perencanaan lahan:** cara yang paling efektif untuk mengontrol masalah-masalah saluran limbah adalah dalam proses pemilihan lahan dan tata ruang tempat penampungan pengungsi (lihat Standar tempat hunian dan penampungan 1–2).
2. **Air limbah:** air buangan atau air limbah rumah tangga dikelompokkan sebagai kotoran cair ketika bercampur dengan tinja manusia. Jika tempat penampungan tidak berada di lahan dengan sistem pembuangan air, air limbah rumah tangga tidak boleh bercampur dengan tinja manusia. Pengolahan air limbah sulit untuk dilakukan dan untuk pengolahan limbah rumah tangga berbiaya lebih mahal. Sejauh memungkinkan, dianjurkan bahwa pada tempat pembagian air dan tempat mencuci mau pun mandi, dibuat taman-taman kecil untuk memanfaatkan air limbah. Perlu adanya perhatian khusus untuk mencegah terjadinya kontaminasi air limbah dari tempat mencuci dan mandi terhadap sumber-sumber air.
3. **Saluran limbah dan pembuangan tinja:** perawatan khusus diperlukan untuk mencegah jamban dan pembuangan dari banjir agar dapat menghindari kerusakan struktural dan kebocoran.
4. **Promosi:** merupakan hal yang penting dilakukan untuk melibatkan penduduk yang terkena bencana dalam penyelenggaraan pekerjaan saluran limbah skala kecil karena seringkali penduduk tersebut memiliki pengetahuan yang baik mengenai aliran alami air saluran limbah dan lokasi-lokasi penempatan saluran air yang tepat. Di samping itu, jika para penduduk tersebut memahami risiko-risiko kesehatan dan fisik yang terlibat dan mereka ikut membantu dalam pembangunan sistem saluran limbah, akan lebih beralasan bahwa mereka juga akan ikut memeliharanya (lihat bagian Pengendalian vektor). Dukungan teknis dan perlengkapan mungkin kemudian juga akan diperlukan.
5. **Pembuangan di lokasi setempat:** jika memungkinkan, dan jika tersedia kondisi tanah yang baik, saluran limbah dari tempat pembagian air, tempat mencuci, dan tempat untuk membasuh tangan sebaiknya dibuat di lokasi tersebut daripada melalui saluran-saluran terbuka, yang lebih sulit untuk

memeliharanya dan sering tersumbat. Teknik yang sederhana dan berbiaya rendah seperti lubang-lubang resapan atau menanam batang-batang pisang dapat digunakan untuk teknik pengolahan air limbah di tempat. Ketika pembuangan limbah di lokasi terpisah menjadi satu-satunya kemungkinan yang harus diambil, saluran-saluran sebaiknya dibuat menggunakan pipa. Saluran sebaiknya dirancang baik untuk memberikan kecepatan aliran untuk air buangan pada cuaca kering mau pun untuk mengalirkan air hujan. Ketika kemiringan lebih dari 5 persen, teknologi rekayasa harus diterapkan untuk mencegah terjadinya erosi. Saluran limbah ampas dari segala bentuk proses pengolahan air harus dikendalikan secara saksama, sehingga penduduk tidak dapat menggunakan air semacam itu dan air ampasan ini tidak menyebabkan kontaminasi bagi sumber-sumber air permukaan dan air tanah.



Lampiran 1

Daftar pengkajian kebutuhan pasokan air, sanitasi, dan promosi kebersihan

Daftar pertanyaan ini pada dasarnya untuk digunakan dalam melakukan pengkajian kebutuhan, mengidentifikasi sumber daya asli dan menjelaskan kondisi-kondisi lokal. Daftar ini tidak mencakup pertanyaan-pertanyaan untuk menentukan sumber daya eksternal yang dibutuhkan untuk melengkapi sumber daya keuangan yang telah tersedia secara lokal dan cepat.

1. Umum

- Berapa jumlah orang yang terkena dampak bencana dan di mana mereka berada? Pilahlah data berdasar atas jenis kelamin, usia, kebutuhan khusus bila memungkinkan.
- Kegiatan apa saja yang biasanya dilakukan? Faktor-faktor keamanan apa saja yang memengaruhi masyarakat yang terkena dampak bencana mau pun memengaruhi respons darurat yang berpotensi untuk dilakukan?
- Penyakit-penyakit apa saja yang terkait dengan air dan sanitasi yang kini, sedang, lazimnya mau pun yang mungkin akan berjangkit? Sejauh mana kemungkinan masalah-masalah yang timbul serta perkembangan yang mungkin akan terjadi?
- Siapa tokoh-tokoh kunci untuk berkonsultasi atau pun dihubungi?
- Siapa orang-orang rentan di masyarakat setempat dan mengapa mereka dianggap rentan?
- Apakah terdapat akses yang setara bagi semua terhadap sarana yang ada termasuk tempat-tempat umum, pusat-pusat layanan kesehatan dan sekolah?
- Apa saja risiko keamanan khusus yang ada yang akan dihadapi perempuan, gadis muda, dan kelompok rentan?
- Praktik-praktik air dan sanitasi apa saja yang biasa dilakukan masyarakat sebelum terjadinya bencana?
- Apa saja struktur formal dan informal yang berlaku (misalnya kepala kelompok masyarakat, para tetua, kelompok-kelompok perempuan)?
- Bagaimana keputusan dibuat di tingkat rumah tangga dan di masyarakat?

2. Penyuluhan Kebersihan

- Praktik-praktik kebersihan apa saja yang biasa dilakukan oleh masyarakat sebelum terjadinya bencana?
- Praktik-praktik apa saja yang membahayakan kesehatan, siapa para pelakunya dan mengapa praktik itu dilakukan?
- Siapa saja yang masih menjalankan perilaku kebersihan yang positif dan hal apa saja yang memungkinkan dan mampu mendorong mereka untuk melakukan perilaku positif tersebut?
- Keuntungan dan kekurangan apa saja dari perubahan-perubahan yang didorong untuk dipraktikkan?
- Apa saja jalur-jalur komunikasi (pekerja kesehatan masyarakat, dukun bayi tradisional, tabib tradisional, klub-klub, koperasi, gereja, mesjid)?
- Apa saja akses terhadap media yang ada di masyarakat (radio, televisi, video, surat kabar)?
- Apa saja organisasi media lokal dan/atau lembaga non-pemerintah yang ada di wilayah tersebut?
- Siapa saja dalam masyarakat yang perlu menjadi sasaran (ibu, anak-anak, kepala kelompok masyarakat, pekerja di dapur)?
- Apa saja sistem penjangkauan masyarakat yang mungkin bisa dijalankan dalam konteks ini (relawan, klub kesehatan, komite-komite) baik untuk mobilisasi segera mau pun mobilisasi jangka menengah?
- Hal apa saja yang perlu dipelajari oleh staf penyuluh kebersihan dan relawannya?
- Bantuan non-pangan apa saja yang telah tersedia dan apa saja barang yang paling mendesak berdasar atas keinginan dan kebutuhan?
- Seberapa efektif praktik-praktik kebersihan yang dilakukan di dalam sarana-sarana kesehatan (secara khusus bersifat penting ketika dalam situasi epidemik)?

3 Pasokan Air

- Apa saja yang menjadi sumber pasokan air dan siapa saja para penggunanya sekarang?
- Seberapa banyak air yang tersedia untuk tiap orang per hari?
- Bagaimana frekuensi ketersediaan pasokan airnya?
- Apakah air yang tersedia dari sumbernya memadai untuk kebutuhan seluruh kelompok di dalam populasi yang bersangkutan, baik untuk jangka panjang mau pun jangka pendek?
- Apakah titik-titik pengambilan air cukup dekat dari tempat tinggal para penduduk?
- Apakah pasokan air yang ada dapat diandalkan keberadaannya? Berapa lama lagi sumber tersebut bisa bertahan?
- Apakah penduduk memiliki wadah air yang cukup dengan ukuran dan jenis yang tepat?



- Apakah sumber air terkena kontaminasi atau berisiko terkena kontaminasi (mikrobiologis, kimiawi, atau radiologis)?
- Apakah terdapat sistem pengolahan air di area bersangkutan? Apakah pengolahan perlu dilakukan? Apakah memungkinkan untuk melakukan pengolahan tersebut? Pengolahan yang seperti apa yang perlu dilakukan?
- Apakah tindakan disinfeksi diperlukan, bahkan jika pasokan air tidak mengalami kontaminasi?
- Apakah ditemukan sumber-sumber air alternatif di sekitar?
- Apa saja pandangan-pandangan dan praktik-praktik tradisional yang ada, yang berhubungan dengan pengambilan, penyimpanan, dan penggunaan air?
- Apakah terdapat hambatan untuk menggunakan sumber pasokan air yang tersedia?
- Apakah memungkinkan untuk memindahkan para penduduk ketika sumber air tidak mencukupi?
- Apakah memungkinkan untuk mengangkut air dengan truk tangki ketika sumber-sumber air tidak mencukupi?
- Apa saja isu-isu kebersihan penting yang berkaitan dengan pasokan air?
- Apakah penduduk memiliki perangkat untuk menggunakan air dengan bersih?
- Dalam kejadian mengungsinya penduduk di wilayah desa, sumber air apa yang sering digunakan untuk keperluan ternak?
- Adakah efek lingkungan yang akan muncul akibat dari intervensi pasokan air yang mungkin akan dilakukan, konsep yang mungkin dijalankan, maupun kemungkinan penggunaan sumber-sumber air?
- Siapa saja yang kini menggunakan sumber-sumber air tersebut? Apakah ada kemungkinan risiko konflik jika sumber air tersebut digunakan untuk populasi yang baru?

4. Pembuangan Tinja

- Praktik buang tinja yang seperti apa yang dilakukan masyarakat? Jika mereka buang tinja terbuka, adakah tempat yang telah ditunjuk? Apakah daerah tersebut aman?
- Pandangan dan praktik apa saja, termasuk praktik khusus terkait gender, yang dilakukan masyarakat dalam masalah pembuangan tinja?
- Adakah sarana-sarana yang telah tersedia di sana? Jika ada, apakah sarana tersebut digunakan oleh penduduk, apakah sarana tersebut memadai, dan apakah sarana tersebut berfungsi dengan baik? Dapatkah sarana itu dikembangkan lagi atau diadaptasi?
- Apakah praktik buang tinja yang ada menjadi sebuah ancaman bagi pasokan air (air permukaan atau air tanah) atau area tempat tinggal dan lingkungan secara umum?
- Apakah masyarakat mencuci tangan setelah buang tinja dan sebelum

menyiapkan makanan dan makan? Apakah sabun dan bahan untuk mencuci tangan tersedia?

- Apakah masyarakat akrab dengan konstruksi dan pemakaian jamban?
- Bahan-bahan lokal apa saja yang tersedia untuk keperluan konstruksi jamban?
- Apakah masyarakat siap menggunakan jamban cubluk, lahan buang tinja terbuka, *jamban parit*?
- Apakah ada lahan yang memadai untuk membuat tempat buang tinja, jamban cubluk, jamban, dsb?
- Bagaimana dengan kondisi kemiringan tanahnya?
- Seberapa dalam posisi permukaan air tanah?
- Apakah kondisi tanah sesuai untuk dibuat pembuangan tinja di lokasi bersangkutan?
- Apakah pengaturan pembuangan tinja yang ada mendorong munculnya vektor?
- Apakah ada bahan-bahan atau air yang tersedia untuk keperluan membersihkan dubur? Bagaimana biasanya cara orang-orang membuang bahan-bahan pembersih ini?
- Apa yang dilakukan para perempuan ketika mengalami menstruasi? Adakah bahan dan sarana yang memadai untuk hal tersebut?
- Apakah ada sarana atau perangkat khusus yang tersedia untuk membuat sanitasi dapat terakses oleh orang-orang penyandang cacat atau orang-orang yang kesulitan bergerak dalam perawatan medis?
- Pertimbangan-pertimbangan apa saja yang perlu dikaji dalam hubungannya dengan kondisi lingkungan?

5. Penyakit-penyakit Jangkitan Vektor

- Apa saja risiko-risiko yang ada terkait penyakit jangkitan vektor dan seberapa serius risiko-risiko tersebut?
- Adakah pandangan dan praktik tradisional (misalnya pandangan bahwa malaria disebabkan oleh air yang kotor) yang berhubungan dengan vektor dan penyakit jangkitan vektor? Apakah pandangan dan praktik ini berguna atau justru membahayakan?
- Jika risiko terkait penyakit jangkitan vektor tersebut tinggi; apakah orang-orang yang berisiko terjangkiti memperoleh akses terhadap perlindungan pribadi?
- Apakah memungkinkan untuk membuat perubahan terhadap lingkungan setempat (dengan adanya drainase, pengerukan sampah, pembuangan tinja, pembuangan sampah) dalam rangka mengurangi berkembangbiaknya vektor?
- Apakah perlu untuk melakukan pengendalian vektor dengan menggunakan dukungan bahan kimiawi? Program, aturan, dan sumber daya apa saja yang ada di masyarakat untuk pengendalian vektor dan penggunaan bahan kimia?



- Informasi dan peringatan keselamatan apa saja yang perlu diberikan ke para keluarga di masyarakat tersebut?

6. Pengelolaan Sampah Padat

- Apakah timbunan sampah padat menjadi masalah di sana?
- Bagaimana biasanya penduduk membuang sampah mereka? Sampah padat dengan jenis yang seperti apa dan seberapa banyak yang mereka keluarkan?
- Dapatkah sampah padat dibuang di suatu area atau perlu dikumpulkan dan dibuang di lokasi yang jauh terpisah?
- Praktik-praktik apa saja yang biasa dilakukan terkait pembuangan sampah padat untuk para penduduk yang terkena bencana (kompos dan/atau lubang pembuangan, sistem pengumpulan sampah, tong-tong sampah)?
- Apakah ditemukan sarana media dan kegiatan yang menghasilkan sampah? Bagaimana sampah tersebut dibuang? Siapa pihak yang bertanggung jawab?
- Di mana pembalut sisa menstruasi dibuang dan apakah pembuangannya dilakukan dengan hati-hati dan efektif?
- Apakah efek yang terjadi pada lingkungan dari cara pembuangan sampah padat yang kini dilakukan?

7. Saluran limbah

- Apakah ada masalah saluran limbah, misal genangan di daerah tempat tinggal atau jamban, area berkembangbiaknya vektor, air yang terpolusi yang mengakibatkan kontaminasi pada area tempat tinggal atau pasokan air?
- Apakah kondisi tanah di area tersebut rentan untuk menjadi genangan air?
- Apakah masyarakat memiliki perlengkapan untuk melindungi tempat tinggal dan jamban mereka dari penggenangan?
- Apakah titik-titik air dan area mandi memiliki saluran air yang baik?

Lampiran 2

Jumlah air minimal untuk lembaga-lembaga dan penggunaan yang lain

Pusat-pusat kesehatan dan rumah sakit	5 liter per pasien rawat jalan 40–60 liter per pasien per hari Jumlah tambahan yang mungkin diperlukan untuk perangkat mencuci, menggelontor jamban.
Pusat penanganan kolera	60 liter per pasien per hari 15 liter per pasien per hari
Pusat pemberian makanan tambahan untuk penyembuhan	30 liter per pasien inap per hari 15 liter per pasien per hari
Pusat pendaftaran atau transit	15 liter per orang per hari jika mereka singgah lebih dari sehari 3 liter per orang per hari jika mereka tinggal terbatas sampai tengah hari
Sekolah	3 liter per siswa per hari untuk minum dan mencuci tangan (Penggunaan untuk jamban tidak termasuk: lihat jamban umum di bawah)
Mesjid	2–5 liter per orang per hari untuk mencuci dan minum
Jamban umum	1–2 liter per pengguna per hari untuk mencuci tangan 2–8 liter per jamban per hari untuk pembersihan jamban



Jamban dengan air penggelontor	20–40 liter per pengguna per hari untuk jamban tradisional yang menggunakan air penggelontor yang terhubung ke saluran pembuangan 3–5 liter per pengguna per hari untuk jamban siram
Cebok	1–2 liter per orang per hari
Ternak	20–30 liter per hewan besar atau sedang per hari 5 liter per hewan kecil per hari

Lampiran 3

Jumlah jamban minimal di tempat-tempat umum dan lembaga-lembaga dalam situasi bencana

Lembaga	Jangka pendek	Jangka panjang
Wilayah pasar	1 jamban untuk 50 kios	1 jamban untuk 20 kios
Pusat kesehatan/ masyarakat	1 jamban untuk 20 tempat tidur atau 50 pasien rawat jalan	1 jamban untuk 10 tempat tidur atau 20 pasien rawat jalan
Pusat pemberian makanan tambahan	1 jamban untuk 50 dewasa 1 jamban untuk 20 anak-anak	1 jamban untuk 20 orang dewasa 1 jamban untuk 10 anak-anak
Pusat pendaftaram/ transit	1 jamban untuk 50 orang; 3:1 perempuan banding laki-laki	
Sekolah	1 jamban untuk 30 perempuan 1 jamban untuk 60 laki-laki	1 jamban untuk 30 perempuan 1 jamban untuk 60 laki-laki
Kantor		1 jamban untuk 20 staf

Sumber: diadaptasi dari Harvey, Baghri and Reed (2002)

Lampiran 4

Penyakit terkait air dan pembuangan tinja dan mekanisme transmisinya

Ditularkan melalui air Air-cucian	Kolera, shigellosis, diare, salmonellosis Typhus, paratyphus Disentri amuba, giardiasis Hepatitis A, poliomyelitis, rotavirus, diare	Kuman Tinja-mulut Bukan-kuman Tinja-mulut	Air tercemar Sanitasi buruk Kebersihan diri buruk Panen tercemar
Air cucian atau kurang air	Infeksi kulit dan mata Typhus ditularkan kutu dan demam kambuhan ditularkan kutu		Air tidak cukup Kebersihan diri buruk
Cacing berkaitan dengan tinja	Cacing gelang, cacing tambang, cacing cambuk	Cacing ditularkan melalui tanah	Buang tinja terbuka Tanah tercemar
Cacing pita sapi dan babi	Cacing pita	Manusia-hewan	Daging setengah matang Kontaminasi tanah
Berbasis air	Schistosomiasis cacing Guinea, clonorchiasis	Tinggal lama di air terinfeksi	Air tercemar
Vektor serangga berkaitan dengan air	Malaria, dengue, penyakit tidur, filariasis	Digigit nyamuk, lalat	Digigit dekat air Berbiak dekat air
Vektor serangga berkaitan dengan tinja	Diare, disentri	Ditularkan oleh lalat & kecoa	Lingkungan kotor

Lampiran 5

Kegiatan kebersihan, sanitasi, dan isolasi minimum di pusat penanganan kolera

Prinsip-prinsip utama yang harus diikuti semua pusat kesehatan dan pusat penanganan kolera:

1. Lakukan isolasi bagi penderita yang parah
2. Awasi semua kotoran (tinja dan muntahan)
3. Upayakan satu perawat per pasien
4. Cuci tangan dengan air mengandung klorin
5. Seluruh lantai harus bisa dicuci
6. Lakukan disinfeksi pada kaki ketika meninggalkan pusat penanganan kolera
7. Lakukan disinfeksi pada pakaian orang-orang yang terinfeksi sebelum meninggalkan pusat penanganan kolera (dengan merebusnya atau disinfeksi)
8. Lakukan pembersihan lantai secara berkala, juga seluruh area di pusat penanganan kolera
9. Buatlah jamban dan tempat mandi yang terpisah antara penderita dan perawatnya
10. Persiapkan makanan di pusat penanganan kolera. Jika dibawa dari luar, makanan harus dipindahkan dari wadahnya ketika masih di pintu gerbang untuk mencegah wadahnya membawa mikroorganisme penyebab kolera (*vibrio*) keluar dari wilayah pusat penanganan kolera setelah pemakaian wadah tersebut.
11. Lakukan tindak lanjut kepada keluarga dan kerabat pasien, pastikan tidak ada kasus serupa yang lain. Lakukan disinfeksi rumah dan berikan informasi kebersihan.
12. Jika orang-orang yang sakit datang dengan transportasi umum, lakukan disinfeksi pada kendaraannya.
13. Awasi dan tangani aliran air hujan dan air limbah di wilayah kamp isolasi.
14. Kelola dengan benar sampah dari wilayah kamp isolasi.



Solusi klorin untuk Pusat Penanganan Kolera

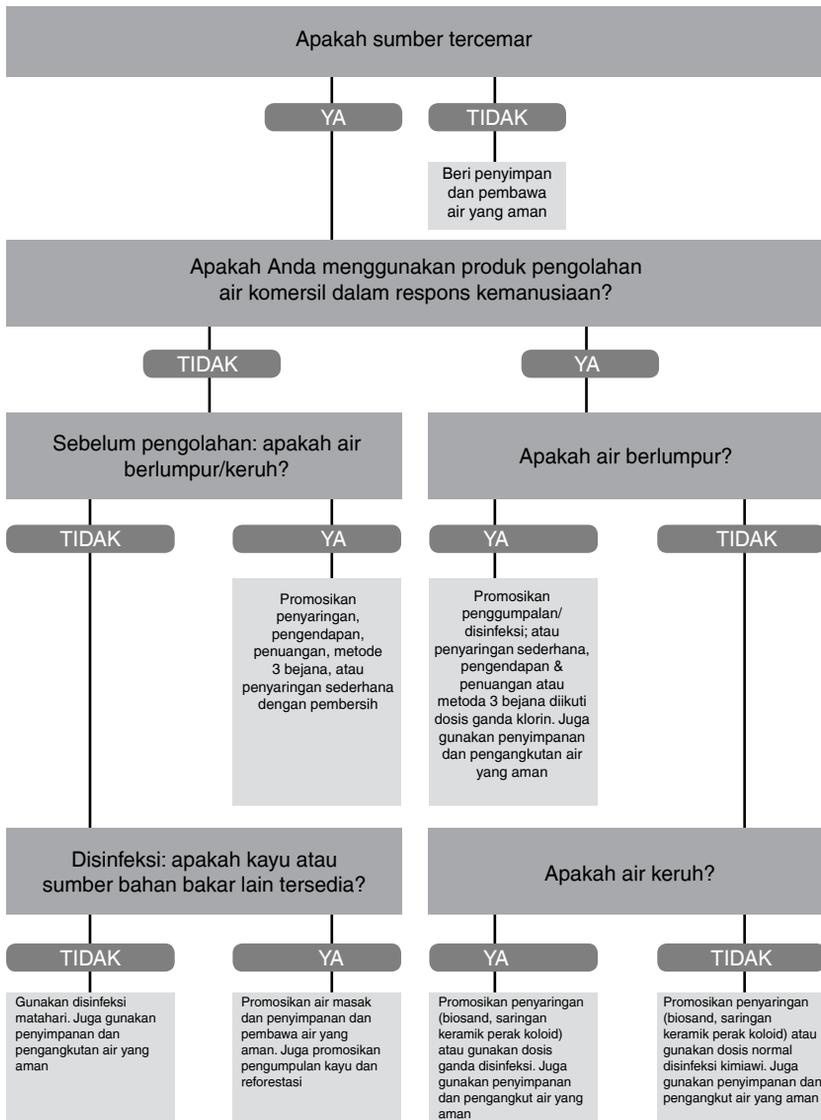
% klorin untuk penggunaan yang berbeda	Cairan 2%	Cairan 0,2%	Cairan 0,05%
Digunakan untuk	Limbah dan pembuangan tinja Jenazah	Lantai Benda-benda/ tempat tidur Basuh kaki Pakaian	Tangan Kulit

NB: Cairan klorin harus disiapkan setiap hari, karena cahaya dan panas dapat melemahkan kadar cairan klorin

Lampiran 6

Pengolahan air tingkat rumah tangga dan pohon keputusan penyimpanan

Pengolahan air rumah tangga dan pohon keputusan penyimpanan aman



Adaptasi dari Buku Panduan Pengelolaan Air Rumah Tangga dan Penyimpanan Aman IFRC, 2008

Rujukan dan bahan bacaan lanjutan

Instrumen hukum internasional

The Right to Water (articles 11 and 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), CESCR, General Comment 15, 26 November 2002, UN Doc. E/C.12/2002/11, Committee on Economic, Social and Cultural Rights.

Umum

Davis, J and Lambert, R (2002), Engineering in Emergencies: A Practical Guide for Relief Workers. Second Edition. RedR/IT Publications, London.

Médecins sans Frontières (1994), Public Health Engineering in Emergency Situations. First Edition. Paris.

Walden, V M, O'Reilly, M and Yetter, M (2007), Humanitarian Programmes and HIV and AIDS; A practical approach to mainstreaming., Oxfam GB, Oxford.

www.oxfam.org.uk/what_we_do/emergencies/how_we_work/resources/health.htm

Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE) (2010), Minimum Standards for Education : Preparedness, Response, Recovery. New York. www.ineesite.org

Survei sanitasi

British Geological Survey (2001), ARGOSS manual. London. www.bgs.ac.uk

Gender

Inter-Agency Standing Committee (IASC) (no date), Gender and Water, Sanitation and Hygiene in Emergencies. IASC Gender Handbook. Geneva.

www.humanitarianreform.org/humanitarianreform/Portals/1/cluster%20approach%20page/clusters%20pages/WASH/Gender%20Handbook_Wash.pdf

Penyuluhan kebersihan

Almedom, A, Blumenthal, U and Manderson, L (1997), Hygiene Evaluation Procedures: Approaches and Methods for Assessing Water- and Sanitation-Related Hygiene Practices. The International Foundation for Developing Countries. Practical Action Publishing, UK.

Ferron, S, Morgan, J and O'Reilly, M (2007), Hygiene Promotion: A Practical Manual for Relief and Development. Practical Action Publishing, UK.

Humanitarian Reform Support Unit. WASH Cluster Hygiene Promotion Project. www.humanitarianreform.org/humanitarianreform/Default.aspx?tabid=160

Pasokan air

House, S and Reed, R (1997), Emergency Water Sources: Guidelines for Selection and Treatment. Water, Engineering and Development Centre (WEDC), Loughborough University, UK.

Action against Hunger (2006), Water, Sanitation and Hygiene for Populations at Risk, Paris. www.actioncontrelafaim.org/english/

Kebutuhan air untuk ketahanan pangan

Food and Agriculture Organization of the United Nations, FAO Water: www.fao.org/nr/water/index.html

Kebutuhan air bagi ternak

LEGS (2009), Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS), Practical Action Publishing, UK. www.livestock-emergency.net/userfiles/file/legs.pdf

Mutu air

WHO (2003), Guidelines for Drinking-Water Quality, Third Edition, Geneva. www.who.int/water_sanitation_health/dwq/guidelines2/en/

Rencana Pengamanan air

WHO (2005), Water safety plans: managing drinking-water quality from catchment to consumer.

www.who.int/water_sanitation_health/dwq/wsp0506/en/

Pembuangan tinja

Harvey, P (2007), Excreta Disposal in Emergency, An inter-agency manual WEDC Loughborough University, UK. <http://wedc.lboro.ac.uk/>

Pengendalian vektor

Hunter, P (1997), Waterborne Disease: Epidemiology and Ecology. John Wiley & Sons Ltd, Chichester, UK.



Lacarin, CJ and Reed, RA (1999), Emergency Vector Control Using Chemicals. WEDC, Loughborough, UK.

Thomson, M (1995), Disease Prevention Through Vector Control: Guidelines for Relief Organisations. Oxfam GB.

Sampah padat

Centre for appropriate technology (2003), Design of landfill sites. www.lifewater.org

International Solid Waste Association: www.iswa.org

Penanganan jenazah

WHO (2009), Disposal of dead bodies in emergency conditions, Technical Note for Emergencies No. 8, Geneva. http://wedc.lboro.ac.uk/resources/who_notes/WHO_TN_08_Disposal_of_dead_bodies.pdf

Sampah medis

Prüss, A, Giroult, E and Rushbrook, P (eds) (1999), Safe Management of Health-Care Wastes. Currently under review, WHO, Geneva.

Saluran Limbah

Environmental Protection Agency (EPA) (1980), Design Manual: On-Site Wastewater Treatment and Disposal Systems, Report EPA-600/2-78-173. Cincinnati, USA.

Bahan bacaan lanjutan

Umum

WHO and Pan American Health Organization (PAHO), Health Library for Disasters: www.helid.desastres.net/en

WHO (2002), Environmental health in emergencies and disasters. Geneva.

Pembuangan tinja

Harvey, PA, Baghri, S and Reed, RA (2002), Emergency Sanitation, Assessment and Programme Design. WDEC, Loughborough University, UK.

Pengendalian vektor

UNHCR (1997), Vector and Pest Control in Refugee Situations, Geneva.

Warrell, D and Gilles, H (eds) (2002), Essential Malariology, Fourth Edition, Arnold, London.

WHO, Chemical methods for the control of vectors and pests of public health importance. www.who.int.

Penanganan jenazah

PAHO and WHO (2004), Management of Dead Bodies in Disaster Situations, Disaster Manuals and Guidelines Series, No 5. Washington DC. www.paho.org/English/DD/PED/ManejoCadaveres.htm

Sampah medis

WHO (2000), Aide-Memoire: Safe Health-Care Waste Management. Geneva.

WHO, Healthcare waste management: www.healthcarewaste.org

WHO, Injection safety: www.injectionsafety.org

Orang berkebutuhan khusus

Jones, H and Reed, R (2005), Water and sanitation for disabled people and other vulnerable groups: designing services to improve accessibility. Water, Engineering and Development Centre (WEDC), Loughborough University, UK. <http://wedc.lboro.ac.uk/wsdp>

Oxfam GB (2007), Excreta disposal for physically vulnerable people in emergencies. Technical Briefing Note 1. Oxfam, UK. www.oxfam.org.uk/resources/learning/humanitarian/downloads/TBN1_disability.pdf

Oxfam GB (2007), Vulnerability and socio-cultural considerations for PHE in emergencies Technical Briefing Note 2. Oxfam, UK. www.oxfam.org.uk/resources/learning/humanitarian/downloads/TBN2_watsan_sociocultural.pdf



Standar Minimum Ketahanan Pangan dan Gizi



Cara menggunakan bab ini

Bab ini dipisahkan menjadi empat bagian Standar Minimum:

Pengkajian Ketahanan Pangan dan Gizi
Makanan Bayi dan Kanak-kanak
Pengelolaan Kurang Gizi Akut dan Kurang Zat Gizi Mikro
Ketahanan Pangan

Bagian keempat, ketahanan pangan, dipisahkan menjadi tiga bagian, yaitu: ketahanan pangan – pemberian makanan, ketahanan pangan – pemberian dana tunai dan kupon bantuan, ketahanan pangan –matapencarian.

Prinsip-prinsip Perlindungan dan Standar Inti harus digunakan secara konsisten dalam bab ini.

Walaupun tujuan utama dari standar ini adalah untuk digunakan dalam aksi kemanusiaan yang dilakukan sesaat setelah kejadian bencana, standar ini juga dapat diterapkan untuk kesiapsiagaan bencana dan masa peralihan ke kegiatan pemulihan.

Masing-masing bagian terdiri atas:

- **Standar Minimum:** standar ini bersifat kualitatif dan secara khusus menentukan tingkat minimum yang harus dicapai dalam aksi kemanusiaan sehubungan dengan pemberian pangan dan gizi.
- **Aksi kunci:** kegiatan dan masukan yang disarankan agar dapat memenuhi standar tersebut.
- **Indikator kunci:** Berikut ini adalah “tanda” yang menunjukkan tercapainya standar. Tanda ini menuntun bagaimana mengukur dan mengomunikasikan proses yang terjadi dan hasil-hasil dari aksi kunci, kesemuanya berhubungan dengan standar minimum, bukan pada aksi kunci.
- **Catatan Panduan:** Catatan ini termasuk hal-hal khusus untuk dipertimbangkan saat menerapkan standar minimum, aksi kunci dan indikator kunci di situasi yang berbeda. Catatan ini menyediakan panduan untuk mengatasi kesulitan-kesulitan praktis, sebagai patokan atau pun saran mengenai masalah-masalah utama. Catatan ini juga dapat mencakup masalah-masalah kritis yang berhubungan dengan standar, tindakan dan indikator, dan menjelaskan dilema, kontroversi mau pun kesenjangan pengetahuan.

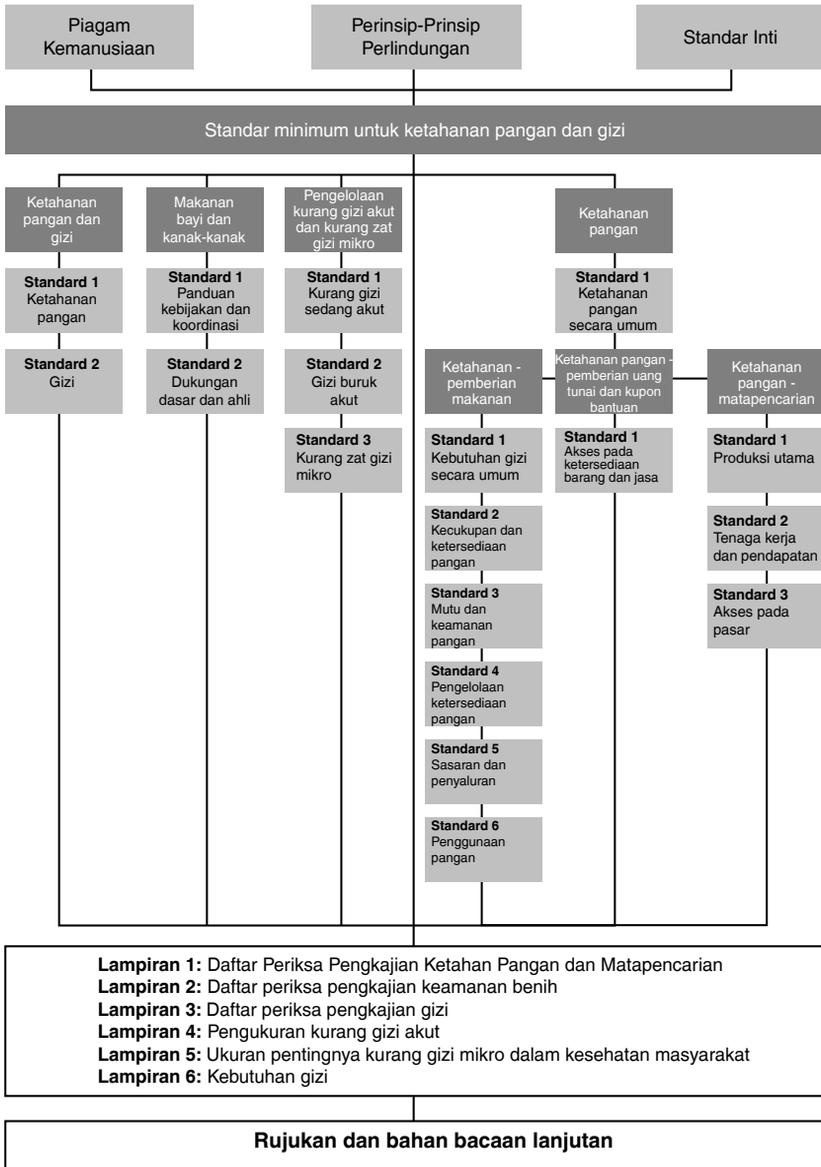
Jika indikator kunci dan tindakan-tindakan yang dibutuhkan tidak dapat dicapai, dampak negatif yang diterima oleh komunitas yang terkena bencana harus segera dinilai dan tindakan-tindakan mitigasi yang sesuai harus segera dilakukan.

Lampiran berikut mencakup daftar periksa untuk pengkajian, panduan untuk mengukur kekurangan gizi akut dan menentukan secara tepat kekurangan gizi mikro dan kebutuhan gizi. Daftar rujukan terpilih, yang dapat memberikan sumber informasi baik untuk masalah-masalah umum mau pun teknis. Tersedia juga bahan yang digunakan sebagai rujukan tulisan dan bahan bacaan lanjutan.



Daftar Isi

Pendahuluan.....	150
Pengkajian ketahanan pangan dan gizi.....	159
Makanan bayi dan kanak-kanak.....	167
Pengelolaan kekurangan gizi akut dan kekurangan zat gizi mikro.....	173
Ketahanan pangan	184
4.1. Ketahanan pangan – pemberian makanan	188
4.2. Ketahanan pangan – pemberian uang tunai dan kupon bantuan	209
4.3. Ketahanan pangan –matapencarian	214
Lampiran 1: Daftar periksa Ketahanan pangan dan matapencarian.....	225
Lampiran 2: Daftar periksa pengkajian keamanan benih	227
Lampiran 3: Daftar periksa pengkajian gizi.....	229
Lampiran 4: Pengukuran kekurangan gizi akut.....	232
Lampiran 5: Ukuran Pentingnya Kurang Zat Gizi Mikro dalam Kesehatan Masyarakat	236
Lampiran 6: Kebutuhan gizi	239
Bahan rujukan dan sumber bacaan lanjutan.....	242



Pendahuluan

Kaitannya dengan Piagam Kemanusiaan dan Hukum Internasional

Standar Minimum untuk ketahanan pangan dan gizi merupakan panduan praktis keyakinan dan komitmen bersama lembaga-lembaga kemanusiaan dan sekaligus prinsip-prinsip umum yang mengatur aksi-aksi kemanusiaan sesuai yang tercantum di dalam Piagam Kemanusiaan. Standar Minimum ini berdasarkan prinsip-prinsip kemanusiaan, dan juga tercermin di dalam Hukum Internasional, prinsip-prinsip ini mencakup hak dan martabat untuk hidup, hak atas perlindungan dan keamanan, dan hak untuk menerima bantuan dan kebutuhan dasar. Daftar dokumen kebijakan dan hukum terkait Piagam Kemanusiaan dilengkapi dengan komentar untuk para pekerja kemanusiaan tersedia di Lampiran 1

Meskipun negara adalah pemegang mandat utama berkenaan dengan hak-hak yang disebutkan di atas, lembaga-lembaga kemanusiaan juga memiliki tanggung jawab untuk bekerja dengan penduduk yang terkena bencana, hal ini sejalan dengan pelaksanaan hak-hak tersebut di atas. Hak-hak dasar ini terkait juga dengan sejumlah hak lain yang lebih khusus, termasuk hak untuk berpartisipasi, menerima informasi, dan tidak dibedakan yang menjadi dasar utama dari Standar Minimum ini seperti hak untuk mendapatkan air, hunian, dan kesehatan.

Setiap orang berhak atas pangan yang cukup. Hak ini diakui dalam instrumen hukum internasional juga termasuk hak untuk bebas dari kelaparan. Ketika individu atau kelompok rentan, yang karena alasan di luar kendali mereka, tidak dapat mengakses pangan yang cukup sesuai yang mereka butuhkan, negara memiliki kewajiban untuk memastikan pemenuhan hak tersebut. Hak atas pangan mewajibkan :

- Negara menghormati akses pada pangan yang sudah ada, dan tidak mengambil tindakan apa pun untuk mencegah akses tersebut.
- Negara melakukan langkah-langkah untuk melindungi dan memastikan perusahaan mau pun individu untuk tidak menghalangi akses individu pada pangan yang cukup.
- Negara memfasilitasi secara proaktif terlibat dalam kegiatan yang ditujukan untuk menguatkan akses masyarakat pada pangan dan pemanfaatan sumber daya dan juga menjamin sumber mata pencarian atau perikehidupan masyarakat, termasuk keamanan pangan.

Di saat bencana terjadi, negara harus menyediakan pangan untuk mereka yang membutuhkan atau dapat meminta bantuan internasional apabila sumber daya dalam negeri tidak mencukupi. Negara juga harus memfasilitasi akses yang aman dan leluasa untuk bantuan internasional.

Konvensi Geneva dan protokol lainnya termasuk hak untuk akses atas pangan dalam situasi konflik bersenjata dan pendudukan. Dalam situasi tersebut, tidak diperbolehkan untuk “membuat penduduk sipil kelaparan” sebagai metode perang untuk menyerang, merusak, menghancurkan, memindahkan, atau mengurangi kegunaan persediaan pangan, daerah-daerah pertanian untuk produksi pangan, tanaman, ternak, instalasi dan sumber pasokan air minum, dan irigasi. Ketika suatu negara menduduki negara lain, hukum kemanusiaan internasional mewajibkan negara yang melakukan pendudukan untuk memastikan kecukupan pangan untuk penduduk di wilayah tersebut dan memberikan bantuan bila sumber daya di daerah pendudukan tersebut tidak mencukupi. Negara harus memastikan bahwa para pengungsi dan pengungsi internal memiliki akses setiap saat pada pangan yang cukup.

Standar Minimum dalam bab ini menjelaskan isi dasar dari hak pada pangan dan sumbangan yang dapat diberikan untuk menjalankan hak ini secara global.

Pentingnya Ketahanan Pangan dan Gizi di Situasi Bencana

Akses terhadap pangan dan pemeliharaan status gizi yang memadai merupakan hal penentu penting dalam kelangsungan hidup masyarakat yang berhasil selamat dalam kondisi bencana. Orang-orang yang terkena dampak biasanya sudah berada di dalam kondisi kronis kekurangan gizi saat bencana melanda. Gizi merupakan masalah kesehatan masyarakat yang serius dan menjadi penyebab utama kematian, baik secara langsung mau pun tidak langsung.

Penyebab kurang gizi sangat kompleks. Kerangka konseptual di bawah ini adalah sebuah alat analisis yang menunjukkan interaksi antara faktor yang berkontribusi pada terjadinya kekurangan gizi. Penyebab langsung gizi buruk adalah penyakit dan/atau kondisi apabila asupan makanan tidak mencukupi, sebagai akibat dari kondisi kemiskinan, kerawanan pangan di dalam rumah tangga tersebut, praktik perawatan di tingkat rumah tangga dan komunitas yang tidak memadai, air yang buruk, kebersihan dan sanitasi, dan akses pada pelayanan kesehatan yang tidak memadai. Bencana seperti badai, gempa bumi, banjir, konflik dan kekeringan, semuanya merupakan penyebab langsung yang dapat mengakibatkan kekurangan gizi. Kerentanan rumah tangga atau pun komunitas menentukan kemampuan rumah tangga atau komunitas tersebut untuk menghadapi keterpaparan terhadap guncangan tersebut. Kemampuan untuk mengelola risiko-risiko yang ada ditentukan oleh karakter dari rumah tangga atau komunitas tersebut, khususnya aset dan strategi penanganan dan



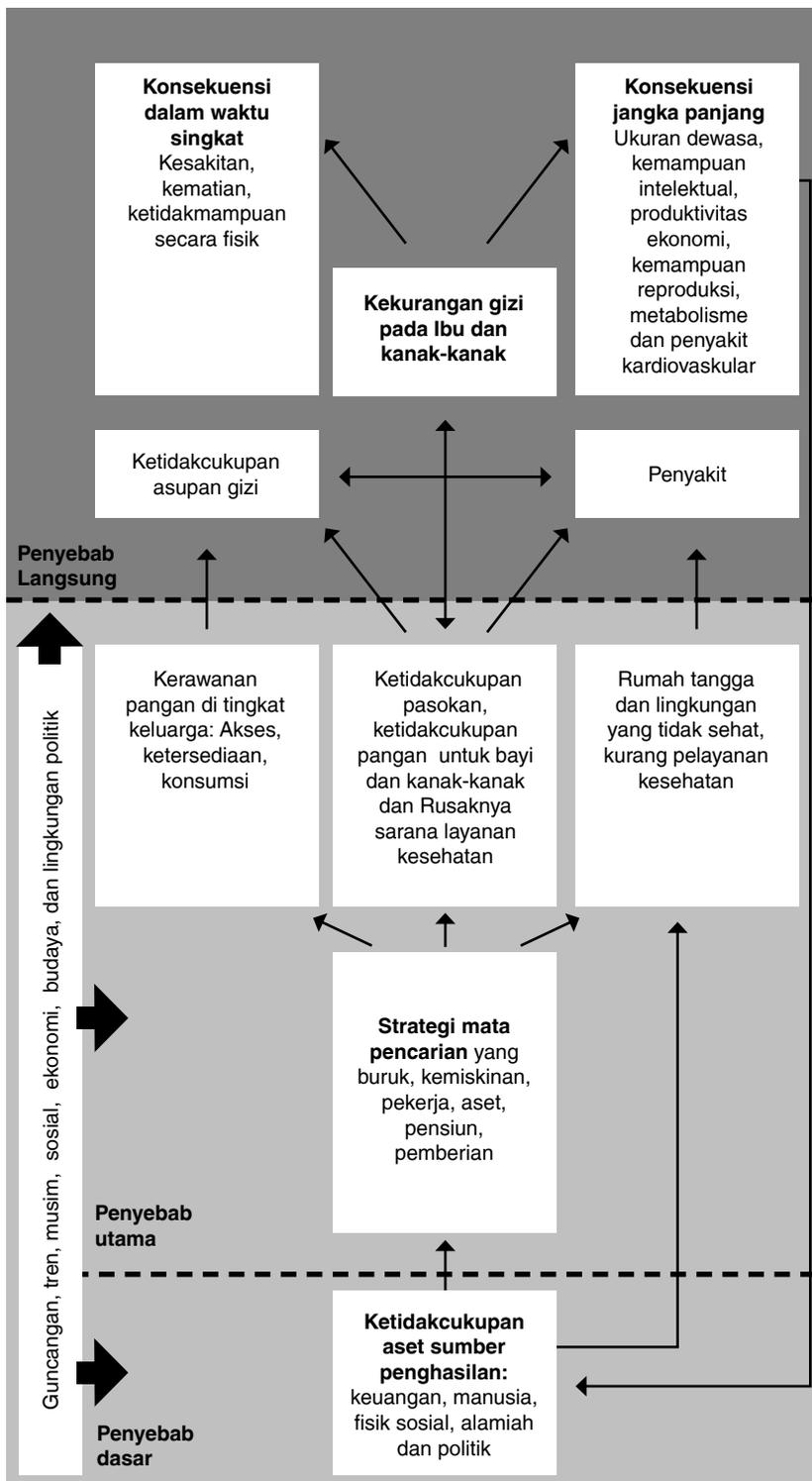
bagaimana strategi pengelolaan sumber daya penghasilan atau perikehidupan dilakukan.

Untuk bab ini, menggunakan definisi berikut:

-) **Ketahanan pangan** ada ketika semua orang, di setiap saat, memiliki akses secara fisik, sosial dan ekonomi terhadap pangan yang cukup, aman, dan bergizi untuk memenuhi kebutuhan pangan dan preferensi pangan yang dibutuhkan untuk hidup aktif dan sehat. Dalam definisi ini, dalam ketahanan pangan terdapat tiga komponen:
 - **Ketersediaan** mengacu pada mutu, jumlah, dan musim untuk pasokan pangan di daerah yang terkena bencana. Ini mencakup sumber produksi lokal (pertanian, ternak, perikanan, pangan liar) dan pangan yang diimpor oleh pedagang (pemerintah dan lembaga yang melakukan intervensi akan memengaruhi ketersediaan pangan). Pasar lokal yang mampu menyediakan pangan untuk masyarakat setempat adalah faktor penentu utama ketersediaan pangan.
 - **Akses** mengacu pada kemampuan rumah tangga untuk mendapatkan pangan yang cukup untuk memenuhi kebutuhan gizi seluruh anggota keluarga tersebut. Itu mengukur kemampuan rumah tangga tersebut untuk memperoleh pangan yang tersedia melalui kombinasi upaya produksi rumah tangga dan cadangan pangan, pembelian, pertukaran, hadiah, pinjaman mau pun melalui pemberian dana tunai, pangan dan/atau kupon bantuan.
 - **Pemanfaatan** mengacu pada penggunaan pangan di rumah tangga yang memiliki akses pada ketersediaan pangan, termasuk untuk penyimpanan, pengolahan dan persiapan, dan penyaluran pangan di dalam rumah tangga tersebut. Juga termasuk kemampuan individu untuk menyerap dan metabolisme gizi yang dapat dipengaruhi oleh penyakit mau pun kekurangan gizi.
-) **Mata pencarian** terdiri atas kemampuan, aset (termasuk sumber daya alam, material, dan sumber daya sosial) dan kegiatan-kegiatan yang dilakukan oleh sebuah rumah tangga untuk bertahan hidup dan kesejahteraan di masa depan. Strategi pengelolaan mata pencarian atau melakukan kegiatan-kegiatan mengelola aset untuk menghasilkan pendapatan adalah cara praktis untuk membantu rumah tangga tersebut mencapai tujuan perikehidupannya. Strategi bertahan didefinisikan sebagai tindakan sementara yang dilakukan untuk menghadapi kondisi rawan pangan. Sebuah rumah tangga dikatakan aman apabila mampu mengatasi dan pulih dari guncangan tersebut, dan mampu mengelola dan meningkatkan kemampuan dan produktivitas asetnya.
-) **Gizi** adalah istilah yang secara luas mengacu pada proses makan, mencerna makanan tersebut, dan pemanfaatan makanan tersebut untuk pertumbuhan dan perkembangan, reproduksi, aktivitas fisik dan

pemeliharaan kesehatan. Istilah “gizi buruk” secara teknis mencakup kondisi kurang pangan dan kelebihan pangan. Kurang pangan mencakup kondisi kurang gizi akut, kurang gizi kronis, dan kurang zat gizi mikro. Gizi buruk akut mengacu pada kurus dan/atau busung lapar, sementara gizi buruk kronis mengacu pada pengerdilan (pendek). Kerdil dan kurus adalah dua bentuk kegagalan pertumbuhan. Dalam bab ini, kita akan mengacu pada kurang gizi dan mengacu pada gizi buruk khususnya pada kurang gizi akut.





Kerangka kerja ini menunjukkan bahwa keterpaparan pada risiko ditentukan oleh frekuensi dan tingkat keparahan guncangan alam dan akibat perbuatan manusia dan luasan geografi wilayah terkena dampak. Faktor penentu kemampuan mengatasi bencana termasuk tingkat keuangan rumah tangga, pendapatan dan konsumsi, dan kemampuan keluarga tersebut untuk penganekaragaman sumber penghasilan dan konsumsi untuk mengurangi dampak risiko.

Kerentanan bayi dan kanak-kanak mengakibatkan penanganan kondisi gizi mereka merupakan prioritas. Pencegahan kekurangan gizi sama pentingnya dengan pengelolaan gizi buruk akut. Intervensi ketahanan pangan dapat menentukan gizi dan kesehatan dalam jangka pendek dan kelangsungan hidup mereka dan kesejahteraan hidup jangka panjang.

Perempuan sering memainkan peran yang lebih besar dalam perencanaan dan persiapan makanan bagi rumah tangga tersebut. Setelah kejadian bencana, strategi mata pencarian rumah tangga bisa berubah. Menyadari peran yang berbeda dalam memenuhi kebutuhan gizi keluarga merupakan kunci untuk meningkatkan ketahanan pangan di tingkat rumah tangga. Memahami kebutuhan gizi yang unik dari perempuan hamil dan menyusui, kanak-kanak, lanjut usia, dan penduduk berkebutuhan khusus juga penting dalam upaya pemenuhan pangan yang tepat.

Ketahanan pangan dan gizi yang lebih baik pada saat tanggap darurat bencana dapat dicapai melalui kesiapan yang lebih baik. Ini adalah kapasitas, hubungan, dan pengetahuan yang dikembangkan oleh pemerintah, organisasi masyarakat sipil lokal, lembaga kemanusiaan, masyarakat, dan individu untuk mengantisipasi dan memberikan tanggap darurat efektif terhadap dampak bahaya yang mungkin ada saat ini. Kesiapsiagaan didasarkan pada analisis risiko dan terkait erat dengan sistem peringatan dini. Ini termasuk rencana kontinjensi, cadangan perlengkapan dan peralatan, layanan darurat dan pengaturan untuk melakukan tanggap darurat cepat, komunikasi, pengaturan informasi dan koordinasi, pelatihan personel, dan perencanaan di tingkat masyarakat, uji coba dan pelatihan.

Bidang utama intervensi untuk ketahanan pangan dan gizi dalam kondisi bencana tercakup dalam buku ini adalah penyediaan makanan bayi dan kanak-kanak, pengelolaan kurang gizi akut dan kurang zat gizi mikro, pemberian pangan, pemberian uang tunai dan kupon bantuan, dan mata pencarian.

Hubungan ke Bab Lainnya

Banyak standar dalam bab-bab lain yang relevan dengan bab ini. Kemajuan dalam mencapai standar dalam satu sektor seringkali memengaruhi kemajuan di sektor lainnya. Agar intervensi dapat menjadi efektif, koordinasi yang baik



dan kerjasama dengan sektor lain sangat dibutuhkan. Koordinasi dengan pemerintah, lembaga kemanusiaan yang bekerja di wilayah tersebut, dan organisasi berbasis masyarakat juga diperlukan untuk memastikan bahwa kebutuhan pangan terpenuhi, bahwa upaya-upaya yang dilakukan tidak saling tumpang tindih, dan bahwa mutu intervensi ketahanan pangan dan gizi dapat dioptimalkan.

Kerangka konseptual kekurangan gizi mengidentifikasi lingkungan rumah tangga miskin dan pelayanan kesehatan yang tidak memadai sebagai salah satu di antara berbagai penyebab gizi buruk. Tindakan cepat untuk mencegah dan memperbaiki gizi buruk memerlukan pencapaian Standar Minimum baik yang terdapat dalam bab ini mau pun di dalam bab Air dan Kebersihan, Hunian, dan Kesehatan. Juga diharuskan Standar Inti dapat dicapai dan Prinsip-prinsip Perlindungan dijalankan dengan baik. Dalam upaya menjamin ketahanan pangan dan gizi dari seluruh kelompok dengan cara yang menjamin kelangsungan hidup mereka serta menjunjung tinggi martabat mereka, tidak cukup hanya dengan mencapai standar dalam bab buku pegangan ini.

Rujukan dibuat dengan penyesuaian dengan standar-standar tertentu atau Catatan Panduan dalam bab-bab lain dan dengan Standar Penyanding untuk saling melengkapi.

Kaitannya dengan Prinsip-prinsip Perlindungan dan Standar Inti

Dalam upaya memenuhi standar buku pegangan ini, semua lembaga kemanusiaan harus dipandu oleh Prinsip-prinsip Perlindungan, bahkan apabila mereka tidak memiliki mandat terkait perlindungan dan kapasitas khusus dalam melakukan upaya perlindungan. Prinsip-prinsip ini tidak “mutlak”: diakui bahwa ada beberapa keadaan yang dapat mengurangi kemampuan organisasi bantuan untuk memenuhi standar tersebut. Meskipun demikian, prinsip-prinsip ini mencerminkan keprihatinan kemanusiaan semesta yang harus menjadi memandu setiap tindakan.

Standar Inti merupakan proses yang sangat penting yang digunakan oleh semua sektor. Keenam Standar Inti meliputi aksi kemanusiaan berpusat pada masyarakat, koordinasi dan kerjasama, pengkajian, rancangan dan respons, kinerja, transparansi dan pembelajaran, dan kinerja pekerja kemanusiaan. Standar ini memberikan rujukan tunggal mengenai pendekatan yang mendukung semua standar lain dalam buku pegangan ini. Di setiap bab teknis membutuhkan dampingan Standar Inti ini untuk mencapai standar teknis tersebut. Secara khusus, untuk memastikan kesesuaian dan mutu respons partisipasi harus dimaksimalkan dari penduduk yang terkena bencana – termasuk kelompok-kelompok dan individu yang paling sering terpapar risiko bencana.

Kerentanan dan Kapasitas Penduduk yang Terkena Bencana

Bagian ini dirancang untuk dibaca bersama-sama, dan untuk memperkuat Standar Inti.

Penting untuk memahami bahwa menjadi muda atau tua, perempuan atau seorang individu dengan ketidaksempurnaan fisik atau HIV, tidak dengan sendirinya membuat seseorang rentan atau berisiko tinggi. Sebaliknya, hal-hal tersebut dapat menjadi faktor-faktor yang berkontribusi terhadap kerentanan, misalnya, seseorang yang berusia lebih dari 70 tahun, tinggal sendirian dan memiliki kesehatan yang buruk. Cenderung menjadi lebih rentan dengan seseorang dengan usia yang sama namun tinggal bersama keluarga dan memiliki status kesehatan yang baik. Demikian pula, seorang gadis kecil berusia 3 tahun akan lebih rentan apabila ia hidup sendirian daripada bila dia hidup dalam perawatan orang tua yang bertanggung jawab.

Sebagai standar ketahanan pangan standar ketahanan pangan dan gizi dan aksi kunci yang dilaksanakan, analisis kerentanan dan kapasitas membantu untuk memastikan bahwa tindakan tanggap darurat mendukung siapa pun yang berhak untuk mendapatkan bantuan dengan cara yang tidak membedakan dan diarahkan pada yang paling membutuhkan. Hal ini membutuhkan pemahaman menyeluruh tentang konteks lokal dan bagaimana dampak krisis terhadap kelompok tertentu dengan cara yang berbeda karena kerentanan mereka (misalnya menjadi sangat miskin atau dibedakan), mereka terpapar pada berbagai ancaman (misalnya kekerasan berbasis gender, termasuk eksploitasi seksual), kejadian penyakit atau prevalensi (misalnya HIV atau tuberkulosis), dan kemungkinan epidemi (misalnya campak atau kolera). Bencana dapat membuat kesenjangan sosial yang sudah ada menjadi semakin buruk. Namun, dukungan strategis agar masyarakat mampu menghadapi kondisi tersebut, ketahanan komunitas dan kapasitas pemulihan menjadi sangat penting. Pengetahuan dan keahlian masyarakat, dan strategi yang ada perlu didukung begitu juga dengan akses masyarakat terhadap dukungan sosial, hukum, keuangan, dan psikososial. Berbagai hambatan fisik, budaya, ekonomi dan sosial yang dihadapi masyarakat dalam mengakses pelayanan tersebut.

Berikut adalah beberapa bidang kunci yang akan memastikan bahwa kapasitas dan hak semua orang yang rentan menjadi pertimbangan utama:

- Mengoptimalkan partisipasi masyarakat, memastikan bahwa semua kelompok terwakili termasuk mereka yang kurang tampak tampil di masyarakat (misalnya individu yang memiliki keterbatasan komunikasi, keterbatasan pergerakan, mereka yang tinggal dalam rumah sakit jiwa, pemuda yang diberi label tertentu dan lainnya yang kelompoknya kurang terwakili).



- Pilih data berdasarkan jenis kelamin dan usia (0–80 tahun ke atas) selama melakukan penilaian awal – hal ini merupakan elemen penting dalam memastikan bahwa ketahanan pangan dan sektor gizi tersedia memadai untuk penduduk yang membutuhkan.
- Memastikan bahwa hak atas informasi disebarluaskan dan diberitahukan kepada masyarakat dengan cara yang terbuka dan dapat diakses oleh semua anggota masyarakat.

Standar Minimum

1. Pengkajian Ketahanan Pangan dan Gizi

Dalam kondisi krisis akut dan membutuhkan tindakan cepat, pengkajian awal multi sektor mungkin dapat dianggap cukup untuk memutuskan apakah bantuan dibutuhkan atau tidak. Pengkajian awal cepat dirancang untuk memperoleh gambaran yang cepat dan jelas dari konteks waktu tertentu. Kemungkinan besar ada kebutuhan untuk melakukan pengkajian lanjutan terhadap kondisi ketahanan pangan dan gizi yang membutuhkan pertimbangan waktu dan sumber daya untuk dapat dilakukan secara benar. Pengkajian adalah sebuah proses yang berkelanjutan, terutama dalam situasi krisis yang berkepanjangan, dan perlu untuk memberikan informasi yang jelas tentang sasaran dan pengambil keputusan sebagai bagian dari pengelolaan tanggap darurat.

Idealnya, pengkajian ketahanan pangan dan gizi harus sejalan dan harus dengan jelas mengidentifikasi hambatan untuk mendapatkan gizi yang cukup, serta intervensi untuk meningkatkan ketersediaan, akses, dan pemanfaatan optimal dari asupan pangan. Daftar periksa pengkajian tersedia di Lampiran 1: Daftar periksa pengkajian ketahanan pangan dan gizi, 2: Daftar periksa pengkajian keamanan benih dan 3: Daftar periksa pengkajian gizi.

Kedua standar pengkajian ketahanan pangan dan gizi berdasarkan Standar Inti 3 dan kedua standar tersebut digunakan saat intervensi ketahanan pangan dan gizi direncanakan ataupun diadvokasikan.

Standar pengkajian ketahanan pangan dan gizi 1:

Ketahanan Pangan

Di saat terjadi peningkatan risiko terhadap orang-orang untuk mengalami kerawanan pangan, pengkajian dilakukan dengan menggunakan metode yang dapat diterima untuk memahami jenis, derajat, dan tingkat kerawanan pangan yang terjadi, untuk mengidentifikasi mereka yang paling terkena dampak dan untuk mendefinisikan tindakan yang paling tepat untuk membantu.



Aksi kunci (harus dibaca bersamaan dengan Catatan Panduan)

- Gunakan metodologi yang menganut prinsip dapat diterima secara luas dan gambar secara lengkap dalam laporan pengkajian (lihat Catatan Panduan 1).
- Kumpulkan dan analisis informasi pada tahap awal pengkajian (lihat Catatan Panduan 2).
- Analisis dampak kerawanan pangan pada status gizi penduduk (lihat Catatan Panduan 4).
- Sedapat mungkin lakukan pengkajian berdasarkan kemampuan lokal, termasuk lembaga formal dan non-formal (lihat Catatan Panduan 9).

Indikator kunci (harus dibaca bersamaan dengan Catatan Panduan)

- Pengamatan dilakukan terhadap ketahanan pangan dan sumber mata pencarian individu, rumah tangga, dan masyarakat untuk membantu intervensi (lihat Catatan Panduan 3–9).
- Temuan pengkajian dirangkum dalam sebuah laporan analisis termasuk rekomendasi untuk tindakan apa yang akan dilakukan untuk mendukung kelompok dan individu rentan (lihat Catatan Panduan 1–10).
- Tanggap darurat dilakukan berdasarkan kebutuhan pangan masyarakat yang paling mendesak dan juga mempertimbangkan perlindungan dan promosi strategi mata pencarian (lihat Catatan Panduan 10).

Catatan Panduan

1. **Metodologi:** ruang lingkup dan prosedur pengambilan contoh menjadi sangat penting, bahkan dalam kondisi tidak formal. Pengkajian ketahanan pangan harus memiliki tujuan yang jelas dan menggunakan metode yang diterima secara internasional. Konfirmasi melalui berbagai sumber informasi (misalnya pengkajian tanaman, penggunaan citra satelit, dan pengkajian kondisi rumah tangga) sangat penting untuk dapat menghasilkan kesimpulan yang konsisten (lihat Standar Inti 3 dan rujukan dan bahan bacaan lanjutan).
2. **Sumber informasi:** informasi sekunder tentang kemungkinan situasi pra-bencana. Perempuan dan laki-laki memiliki peran yang berbeda dan saling melengkapi dalam mengamankan kecukupan gizi rumah tangga, informasi ini sedapat mungkin harus dipisahkan berdasarkan jenis kelamin (lihat Standar Inti 3 dan Lampiran 1: Daftar Periksa Pengkajian ketahanan pangan dan mata pencarian).
3. **Ketersediaan pangan, akses, konsumsi dan pemanfaatan:** (lihat definisi tentang ketersediaan pangan, akses, dan pemanfaatan pangan). Konsumsi pangan mencerminkan asupan energi dan gizi individu dalam rumah tangga. Hal ini tidak secara praktis langsung mengukur kandungan energi sebenarnya dan rincian gizi selama penelitian. Perubahan jumlah

makanan yang dikonsumsi sebelum dan setelah bencana dapat menjadi indikator yang sederhana namun belum dapat mengungkapkan perubahan yang terjadi dalam ketahanan pangan. Jumlah kelompok makanan yang dikonsumsi oleh individu dan rumah tangga serta frekuensi konsumsi selama periode yang diamati memberikan gambaran keragaman makanan yang dikonsumsi. Ini adalah indikator yang baik, terutama berhubungan dengan status sosial-ekonomi dan asupan total energi makanan dan mutu makanan rumah tangga tersebut. Alat kaji dapat memberikan langkah-langkah yang kuat untuk mengukur pola konsumsi makanan dan masalah yang ada termasuk kalender musim, nilai keanekaragaman makanan dalam rumah tangga, skala akses kerawanan pangan, atau nilai konsumsi pangan keluarga.

4. **Kerawanan pangan dan status gizi:** Kerawanan pangan dan status gizi adalah salah satu dari tiga penyebab utama kurang gizi. Namun, tidak bisa diasumsikan bahwa ini adalah satu-satunya penyebab kekurangan gizi.
5. **Konteks:** kerawanan pangan mungkin merupakan hasil dari kondisi sosial ekonomi yang lebih luas dan berbagai faktor struktur sosial politik, termasuk kebijakan nasional dan internasional, proses atau lembaga yang berdampak pada akses penduduk yang terkena dampak bencana untuk makanan yang bergizi cukup dan pada memburuknya lingkungan lokal. Hal ini biasanya didefinisikan sebagai kerawanan pangan kronis, kondisi jangka panjang yang dihasilkan dari kerentanan struktural yang dapat memperburuk dampak bencana. Sistem informasi ketahanan pangan lokal dan regional, termasuk sistem peringatan dini kelaparan dan Klasifikasi Tahapan Ketahanan Pangan Terpadu adalah mekanisme yang penting untuk menganalisis informasi yang ada.
6. **Analisis tanggap darurat:** ketahanan pangan bervariasi berdasarkan mata pencarian masyarakat, lokasi, akses terhadap pasar, status sosial (termasuk jenis kelamin dan usia), waktu dalam tahun tersebut, sifat bencana, dan tindakan tanggap darurat terhadap bencana tersebut. Fokus pengkajian harus dimulai dengan mengamati kebutuhan pangan masyarakat yang terkena dampak bencana dan pendapatan mereka sebelum terjadi bencana serta bagaimana mereka mengatasi kondisi kesenjangan tersebut. Juga perlu dipertimbangkan ke mana orang-orang tersebut diungsikan dan ketahanan pangan penduduk yang menampung mereka. Pengkajian juga harus melakukan analisis pasar, status ekonomi mau pun mekanisme pemberian lainnya misalnya pemberian uang tunai, rantai pasokan pangan, termasuk risiko yang berkaitan dengan proses-proses tersebut (lihat Prinsip-prinsip Perlindungan 1). Hal ini akan membantu untuk mengkaji kelayakan intervensi pemberian pangan mau pun uang tunai dan perencanaan mekanisme pengiriman yang efisien dan aman.



- 7. Analisis pasar** harus menjadi bagian dari pengkajian awal dan berikutnya. Analisis pasar harus mencakup kecenderungan harga, ketersediaan barang-barang pokok dan jasa, dampak bencana terhadap struktur pasar, dan waktu pemulihan yang diharapkan. Memahami kapasitas pasar untuk menyediakan pelayanan, ketersediaan pangan, barang-barang yang penting dan jasa setelah kejadian bencana dapat membantu rancangan tanggap darurat yang tepat waktu, hemat biaya, dan tepat sasaran yang dapat meningkatkan ekonomi lokal. Sistem pasar dapat melampaui kebutuhan jangka pendek setelah bencana untuk melindungi mata pencarian dengan menyediakan barang-barang produksi (misalnya bibit, peralatan) dan mempertahankan permintaan untuk pekerjaan. Program-program harus dirancang untuk sedapat mungkin mendukung pembelian pada pasar atau penyedia lokal (lihat Standar ketahanan pangan 4–Pemberian Pangan, Catatan Panduan 2–3, Standar ketahanan pangan 1 –Mata pencarian, Catatan Panduan 7 dan Standar ketahanan pangan dan mata pencaharian 3, Catatan Panduan 2).
- 8. Strategi bertahan:** pengkajian dan analisis harus mempertimbangkan berbagai jenis strategi bertahan, siapa yang melakukannya dan kapan, seberapa baik mereka bekerja dan dampak buruk yang mungkin terjadi. Alat kaji seperti Indeks Strategi Bertahan sangat direkomendasikan. Strategi sangat bervariasi, ada tahap yang berbeda dalam menghadapi dan bertahan terhadap masalah. Ada strategi bertahan yang normal, positif, dan dapat didukung. Di lain pihak, biasanya disebut strategi krisis, dapat secara permanen merusak tatanan keamanan pangan di masa depan (penjualan tanah, migrasi seluruh keluarga, ataupun kerusakan hutan). Beberapa cara bertahan adalah dengan mempekerjakan secara paksa perempuan dan kanak-kanak yang dapat secara signifikan berdampak negatif pada kesehatan, psikologi, dan integrasi sosial mereka. Strategi bertahan juga dapat memengaruhi lingkungan, seperti eksploitasi sumber daya alam yang berlebihan. Analisis harus dapat menentukan ambang batas sumber mata pencarian sehingga dapat mengidentifikasi berbagai tindakan terbaik untuk menjamin bahwa ketahanan pangan terlindungi (lihat Prinsip Perlindungan 1–2)
- 9. Analisis kerentanan secara partisipatif:** partisipasi yang melibatkan berbagai kelompok berbeda dari perempuan dan laki-laki dan organisasi lokal dan lembaga yang tepat pada semua tahapan adalah hal yang penting. Program harus dibangun berdasarkan pengetahuan lokal, didasarkan pada kebutuhan, dan disesuaikan dengan konteks lokal. Bidang yang harus didukung dalam kondisi bencana atau pada kondisi konflik yang berkepanjangan adalah peringatan dini dan sistem tanggap darurat atau jaringan dan rencana kontinjensi yang harus dimasukkan dalam semua penilaian. Sangat penting untuk melibatkan perempuan dalam proses perencanaan dan pelaksanaannya (lihat Prinsip Perlindungan 2–4).

- 10. Kebutuhan segera dan perencanaan jangka panjang:** intervensi yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan pangan secara cepat dapat mencakup pemberian pangan, uang tunai, dan kupon bantuan. Ini dapat berupa tindakan yang berdiri sendiri mau pun dikombinasikan dengan intervensi mata pencarian lainnya. Memenuhi kebutuhan dan memelihara aset produktif menjadi prioritas pada awal krisis, tindakan berikutnya harus direncanakan untuk jangka panjang, termasuk kesadaran akan dampak perubahan iklim terhadap upaya pemulihan lingkungan yang menurun akibat kondisi bencana yang terjadi.

Standar pengkajian ketahanan pangan dan gizi 2: Gizi

Di saat seseorang berisiko mengalami kurang gizi, pengkajian dilakukan dengan menggunakan metode yang diterima secara internasional untuk memahami jenis, derajat, dan tingkat gizi serta mengidentifikasi mereka yang paling terkena dampak, yang paling berisiko, dan tanggap darurat yang sesuai.

Aksi kunci (harus dibaca bersama dengan Catatan Panduan)

- Kompilasi informasi dari kondisi sebelum bencana dan pengkajian awal untuk menyoroti sifat dan tingkat keparahan situasi gizi (lihat Catatan Panduan 1–6).
- Identifikasi kelompok dengan kebutuhan dukungan gizi terbesar dan faktor-faktor mendasar yang berpotensi memengaruhi status gizi (lihat Catatan Panduan 1–2).
- Menentukan apakah pengkajian kualitatif atau kuantitatif tingkat masyarakat yang diperlukan untuk mengukur dengan lebih baik dan memahami status antropometrik, pangan untuk bayi dan kanak-kanak, praktik perawatan ibu, dan penentu potensial terkait gizi (lihat Catatan Panduan 1–2).
- Pertimbangkan pendapat masyarakat lokal dan pemangku kepentingan lokal lainnya pada faktor-faktor potensial penentu status gizi (lihat Catatan Panduan 7).
- Sertakan pengkajian kapasitas nasional dan lokal untuk memimpin dan/atau memberikan dukungan respons (lihat Catatan Panduan 1 dan 8).
- Gunakan informasi pengkajian gizi untuk menentukan apakah situasi telah stabil atau bahkan memburuk (lihat Catatan Panduan 7–8).

Indikator kunci (harus dibaca bersama dengan Catatan Panduan)

- Metodologi pengkajian dan analisis termasuk mempertahankan standar indikator yang dapat diterima secara luas dapat diadopsi baik untuk pengkajian antropometrik maupun non-antropometrik (lihat Catatan Panduan 3–6).
- Temuan pengkajian ini disajikan dalam laporan analisis termasuk



rekomendasi yang jelas mengenai tindakan untuk mendukung individu dan kelompok (lihat Catatan Panduan 3–6).

Catatan Panduan

1. **Informasi kontekstual:** Informasi tentang penyebab kurang gizi dapat dikumpulkan dari sumber-sumber utama dan sekunder, termasuk kondisi kesehatan dan profil gizi, laporan penelitian, informasi peringatan dini, catatan kesehatan, laporan ketahanan pangan, dan kelompok masyarakat. Apabila informasi tidak tersedia untuk bidang pengkajian tertentu atau intervensi potensial, maka sumber-sumber informasi lainnya harus dikonsultasikan seperti Survei Demografi Kesehatan, survei klaster multi indikator, Survei kesehatan nasional dan gizi lainnya, Sistem Informasi Gizi WHO, Sistem Informasi Gizi, Vitamin dan Mineral WHO, Data dasar Tanggap Darurat Kompleks (CE-DAT), Sistem Informasi Krisis Gizi (*Nutrition in Crisis Information System–NICS*), sistem pengawasan gizi nasional, dan tingkat kejadian dan cakupan dalam program yang telah ada untuk pengelolaan gizi buruk. Apabila data representatif tersedia, lebih disarankan untuk melihat kecenderungan status gizi dari waktu ke waktu daripada hanya berpatokan pada prevalensi gizi buruk pada satu titik waktu tertentu (lihat Lampiran 3: Daftar pembandingan penilaian Gizi). Pengkajian gizi harus dipertimbangkan dalam pengkajian gizi yang lebih luas, terutama yang berfokus pada kesehatan dan ketahanan pangan masyarakat. Informasi tentang inisiatif gizi yang ada, kapasitas operasional dan kapasitas tanggap darurat lokal dan nasional harus dikumpulkan untuk mengidentifikasi kesenjangan dan panduan tanggap darurat.
2. **Lingkup analisis:** kajian mendalam harus dilakukan setelah pengkajian awal (lihat Standar Inti 3) hanya apabila kesenjangan informasi telah dapat diidentifikasi dan bila informasi lebih lanjut dibutuhkan untuk menginformasikan pembuatan keputusan program, untuk mengukur hasil program atau untuk tujuan advokasi. Pengkajian gizi mendalam merujuk pada sejumlah pendekatan pengkajian yang mungkin termasuk survei antropometrik, pengkajian makanan bayi dan kanak-kanak, survei zat gizi mikro dan analisis penyebab. Sistem pengawasan dan pemantauan gizi juga dapat digunakan untuk mendukung.
3. **Metodologi:** pengkajian gizi harus memiliki tujuan yang jelas, dengan menggunakan metode yang diterima secara internasional, dapat mengidentifikasi kerentanan gizi per orang, dan menciptakan pemahaman tentang faktor-faktor yang mungkin menyebabkan kekurangan gizi. Proses pengkajian dan analisis didokumentasikan dan disajikan dalam sebuah laporan secara tepat waktu, logis, dan transparan. Pendekatan pengkajian harus tidak memihak, mewakili dan dikoordinasikan dengan baik dengan pemerintah dan lembaga-lembaga sehingga informasi dapat saling mendukung, konsisten, dan dapat dibandingkan. Pengkajian dari banyak

lembaga mungkin akan bermanfaat apabila ditujukan untuk banyak bidang teknis dan dilakukan di wilayah geografis yang luas.

4. **Survei antropometrik** adalah survei lintas bidang berdasarkan contoh acak atau pun telaah lengkap. Survei antropometrik memberikan perkiraan prevalensi gizi buruk (kronik dan akut). Kondisi ini harus dilaporkan terutama untuk Berat dan Tinggi Badan dalam skor Z sesuai dengan standar WHO (lihat Lampiran 4: Mengukur kondisi kerawanan gizi). Berat dan Tinggi Badan dalam skor Z menurut referensi dari Pusat Statistik Kesehatan Nasional (NCHS) juga dapat dilaporkan untuk memungkinkan perbandingan dengan survei terakhir. Kurus dan kurus kerempeng dapat diukur dengan menyertakan pengukuran lingkaran lengan atas (MUAC) dalam survei antropometrik. Edema gizi harus dinilai dan dicatat secara terpisah. Keyakinan terhadap kondisi gizi buruk yang terjadi harus dilaporkan dan survei harus menunjukkan jaminan mutu. Hal ini dapat dilakukan dengan peralatan yang ada (misalnya, Metodologi dan Alat Kaji Pengawasan Standardisasi dan Penilaian Bantuan dan Transisi atau Standardisasi Pengawasan dan Kajian Bantuan dan Transisi (SMART), perangkat lunak ENA (*Emergency Nutrition Assessment*) and perangkat lunak Epilinfo. Praktik yang paling banyak dilakukan adalah mengkaji tingkat kekurangan gizi pada anak berusia 6–59 bulan sebagai cerminan untuk penduduk secara keseluruhan. Namun demikian, pengkajian sebaiknya dilakukan apabila kelompok lain juga terpengaruh atau menghadapi risiko gizi yang lebih besar (lihat Lampiran 4: Mengukur kurang gizi akut).
5. **Indikator non-antropometrik**: informasi tambahan untuk antropometri adalah penting, meskipun harus dipertimbangkan dengan cermat dan tetap membatasi ruang lingkup pada survei antropometrik agar tidak merusak kualitas survei. Indikator tersebut meliputi tingkat cakupan imunisasi (terutama untuk campak), tambahan Vitamin A, kekurangan zat gizi mikro, dan indikator WHO mengenai makanan bayi dan kanak-kanak (IYCF) . Pengukuran terhadap kematian janin, bayi, balita dapat dilakukan apabila diperlukan.
6. **Kekurangan zat gizi mikro**: jika penduduk diketahui telah mengalami kekurangan Vitamin A, yodium atau seng atau menderita anemia kekurangan zat besi sebelum bencana, ini merupakan kemungkinan yang akan diperburuk oleh bencana. Kemungkinan akan terjadi wabah pellagra, beri-beri, penyakit kudis, atau penyakit kekurangan zat gizi mikro lain yang harus dipertimbangkan ketika merencanakan dan menganalisis pengkajian. Jika orang-orang dengan tanda-tanda kekurangan gizi ini meminta pertolongan ke pusat-pusat kesehatan, hal ini mungkin mengindikasikan kurangnya akses pada makanan dan mungkin juga mengindikasikan masalah penduduk yang lebih luas. Pengkajian kekurangan zat gizi mikro dapat terjadi baik secara langsung maupun tidak langsung. Pengkajian langsung meliputi perkiraan tidak langsung asupan gizi pada tingkat



penduduk dan eksplorasi risiko kekurangan gizi dengan mengkaji kembali data akses, ketersediaan dan pemanfaatan yang tersedia (lihat Standar pengkajian ketahanan pangan dan gizi 1), dan dengan melakukan kajian kecukupan persediaan pangan (lihat Standar ketahanan pangan – Pemberian Pangan). Apabila memungkinkan, pengkajian langsung sebaiknya melibatkan pengukuran kekurangan klinis atau kekurangan sub-klinis pada pasien perorangan atau penduduk sebagai contoh, misalnya pengukuran hemoglobin selama survei dilakukan ketika prevalensi anemia dapat digunakan sebagai ukuran kekurangan zat besi.

7. **Menafsirkan tingkat kekurangan gizi:** Menentukan apakah intervensi tingkat gizi memerlukan analisis rinci tentang situasi yang sesuai dengan kebutuhan sesuai dengan ukuran dan kepadatan penduduk, serta tingkat kesakitan dan kematian penduduk (lihat Standar layanan kesehatan dasar 1, Catatan Panduan 3). Hal ini juga membutuhkan rujukan untuk indikator kesehatan, fluktuasi musim, indikator IYCF, tingkat kekurangan gizi sebelum kejadian bencana, tingkat kekurangan zat gizi mikro (lihat Lampiran 5: Ukuran arti kesehatan masyarakat kekurangan zat gizi mikro), Proporsi kekurangan gizi akut terkait dengan kondisi kekurangan gizi global dan faktor-faktor lain yang memengaruhi penyebab kekurangan gizi. Kombinasi dari sistem informasi yang saling melengkapi mungkin adalah cara yang hemat untuk memantau kecenderungan. Jika memungkinkan, lembaga lokal dan masyarakat harus berpartisipasi dalam kegiatan pemantauan, menafsirkan temuan, dan perencanaan untuk setiap tindakan. Pendekatan dan pelaksanaan model pengambilan keputusan mempertimbangkan sejumlah variabel di antaranya ketahanan pangan, sumber mata pencarian, kesehatan dan gizi yang cocok (lihat Standar pengkajian ketahanan pangan dan gizi, Catatan Panduan 5).
8. **Pengambilan keputusan:** temuan pengkajian harus menginformasikan keputusan tentang tujuan tanggap darurat untuk menangani kondisi kekurangan gizi yang terjadi. Keputusan untuk melaksanakan penyaluran pangan atau tindakan intervensi pencegahan atau pengobatan secara cepat tanpa harus menunggu hasil pengkajian mendalam. Apabila pengkajian dilakukan maka hasil pengkajian tersebut harus segera diinformasikan. Pengambilan keputusan harus berdasarkan pada pemahaman menyeluruh tentang gizi seperti tercantum dalam kerangka konseptual, sebagai hasil dari pengkajian gizi dan kapasitas yang ada untuk melakukan tanggap darurat.

2. Pemberian makanan Bayi dan Kanak-Kanak

Praktik pemberian makanan bayi dan kanak-kanak yang kurang optimal meningkatkan kerentanan kelompok ini terhadap kurang gizi, penyakit dan kematian. Kondisi bencana dapat meningkatkan kerentanan dan yang paling muda usia adalah yang paling rentan. Praktik pemberian makanan yang optimal dapat memaksimalkan kemampuan bertahan hidup dan mengurangi kesakitan anak berusia di bawah 24 bulan. Di usia ini bayi membutuhkan ASI eksklusif sampai bayi tersebut berusia 6 bulan. Pemberian ASI dapat dilanjutkan sampai bayi berusia 24 bulan atau lebih. Pengenalan makanan pendamping yang memadai dan cocok mulai dapat dilakukan saat bayi berusia 6 bulan.

IYCF (Penyediaan pangan untuk bayi dan kanak-kanak) berkaitan dengan tindakan untuk mendukung dan melindungi kebutuhan gizi, baik itu ASI maupun non-ASI bagi bayi dan kanak-kanak. Prioritas tindakan termasuk perlindungan dan dukungan untuk pemberian ASI, meminimalkan risiko pemberian makanan buatan dan memungkinkan makanan pendamping ASI yang tepat dan aman. Bayi dan kanak-kanak yang berada dalam kondisi yang sangat sulit, misalnya hidup di masyarakat yang terinfeksi HIV, anak yatim, bayi dengan berat badan rendah, dan penderita gizi buruk membutuhkan perhatian yang lebih intensif. Dukungan dan perlindungan kesehatan dan gizi, fisik dan mental ibu hamil dan menyusui adalah hal penting bagi kesejahteraan ibu dan anak. Kebutuhan khusus para pengasuh, kakek-nenek, ayah tunggal, atau keluarga dengan banyak anak juga harus dipertimbangkan. Keterlibatan lintas sektor sangat penting untuk melindungi dan memenuhi prasyarat ketersediaan waktu yang cukup untuk menyiapkan kebutuhan pangan bayi dan kanak-kanak dan para ibu. IYCF merupakan standar yang terintegrasi dengan bab ini dan saling berhubungan dengan bab-bab lainnya.



Standar pemberian makanan bayi dan kanak-kanak 1:

Panduan kebijakan dan koordinasi

Perlindungan pemberian makanan bayi dan kanak-kanak yang aman dan tepat untuk penduduk terkena bencana dilakukan dengan penerapan panduan kebijakan kunci dan koordinasi yang kuat.

Aksi kunci (harus dibaca bersama dengan Catatan Panduan)

- Menggunakan ketentuan Pedoman Operasional Pemberian Makanan Bayi dalam Keadaan Darurat (*Infant Feeding in Emergencies – IFE*) dan Kode Internasional Pemasaran Pengganti ASI (*International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes*) dan resolusi lain yang relevan dengan *World Health Assembly (WHA)* (secara umum di kenal sebagai *Code*) (lihat Catatan Panduan 1–2).
- Hindari meminta atau menerima bantuan pengganti ASI (*Breastmilk Substitutes -BMS*), produk susu lainnya, botol dan dot (lihat Catatan Panduan 2).

Indikator kunci (harus dibaca bersama dengan Catatan Panduan)

- Tersedia kebijakan nasional atau instansi yang mencerminkan Pedoman Operasional yang terdapat pada IYCF dan IFE (lihat Catatan Panduan 1).
- Sebuah badan yang memimpin koordinasi diterapkannya IYCF dalam setiap kondisi darurat (lihat Catatan Panduan 1).
- Sebuah badan yang ditunjuk untuk menangani setiap sumbangan dari BMS, produk susu, botol dan dot (lihat Catatan Panduan 2).
- Pemantauan dan pelaporan (bila terjadi) Kode Pelanggaran (lihat Catatan Panduan 1–2).

Catatan Panduan

1. **Panduan kebijakan, koordinasi, dan komunikasi:** Dokumen panduan kebijakan utama berisi informasi rencana darurat termasuk Panduan Operasional IFE dan Kode. Panduan tambahan dapat ditemukan di dalam bagian Referensi dan bacaan lebih lanjut. Resolusi WHA 63.23 (2010) mendesak negara-negara anggota untuk memastikan bahwa rencana kesiapsiagaan nasional dan internasional dan tanggap darurat yang dilakukan berdasarkan Panduan Operasional IFE. Kesiapsiagaan bencana mencakup pengembangan kebijakan, orientasi dan pelatihan IFE, identifikasi sumber-sumber kode dan pangan pelengkap. Dalam kondisi tanggap darurat, sebuah badan khusus untuk IYCF harus ditunjuk. Pengawasan dan pelaporan terhadap pelanggaran kode akan sangat berkontribusi untuk membantu akuntabilitas. Siaran pers serta komunikasi yang jelas dan konsisten pada penduduk yang terkena dampak berpengaruh sangat penting dalam situasi tanggap darurat.
2. **Penanganan susu dan produk susu:** susu dan produk susu tidak boleh termasuk dalam penyaluran tanpa sasaran yang jelas (lihat Standar Ketahanan Pangan –pemberian pangan 2, Catatan Panduan 5). Pengelolaan dan indikator makanan buatan harus sesuai dengan Pedoman Operasional IFE dan Kode, idealnya sebuah badan koordinasi melakukan pengawasan IFE. Sumbangan dalam bentuk BMS (pendamping ASI), produk susu, botol dan dot tidak harus dicari ataupun diterima dalam kondisi tanggap darurat. Setiap sumbangan yang datang harus ditempatkan di bawah pengawasan dan pengelolaan badan yang ditunjuk yang akan di tentukan oleh badan koordinasi IFE.

Standar pemberian makanan bayi dan kanak-kanak 2:

Bantuan Dasar dan Ahli

Ibu dan pengasuh bayi serta kanak-kanak memiliki akses dan mendapatkan bantuan pangan secara tepat waktu dan layak untuk meminimalkan risiko dan meningkatkan status gizi, kesehatan dan kemampuan bertahan hidup.

Aksi kunci (harus dibaca bersama dengan Catatan Panduan)

- Melakukan tindakan intervensi para pihak terpadu untuk melindungi dan memberikan dukungan keamanan dan kelayakan (lihat Catatan Panduan 1).
- Memberikan prioritas untuk perempuan hamil dan menyusui untuk mengakses pangan, pemberian uang tunai, dan atau kupon bantuan serta bantuan lainnya (lihat Catatan Panduan 1).
- Mengembangkan integrasi konseling keterampilan menyusui dengan sasaran perempuan hamil dan yang menyusui bayi berusia 0–24 bulan (lihat Catatan Panduan 2–7).
- Mendukung semua ibu yang baru saja melahirkan dengan dukungan inisiasi ASI eksklusif (lihat Catatan Panduan 3).
- Mendukung pemberian makanan yang tepat waktu, aman, dan memadai (lihat Catatan Panduan 5).
- Aktifkan akses para ibu dan perawat yang membutuhkan makanan bayi buatan untuk mendapatkan dukungan makanan pendamping ASI yang tepat dan dukungan konseling yang memadai (lihat Catatan Panduan 6).
- Memberikan pertimbangan khusus untuk dukungan bagi bayi dan kanak-kanak yang berada dalam kondisi sulit (anak yatim, anak yang kekurangan gizi, bayi yang lahir dengan berat badan kurang, dan yang terkena HIV) (lihat Catatan Panduan 4–7).

Indikator kunci (harus dibaca bersama dengan Catatan Panduan)

- Indikator standar pengukuran WHO untuk inisiasi dini menyusui, ASI eksklusif pada bayi < 6 bulan, dan meneruskan pemberian ASI sampai anak berusia 1 dan 2 tahun (lihat Catatan Panduan 2–3, 5–6).
- Pengasuh memiliki akses yang memadai, tepat waktu, makanan pendamping yang bergizi dan aman untuk bayi 6 sampai <24 bulan (lihat Catatan Panduan 5–6).
- Ibu menyusui memiliki keahlian dan akses yang memadai untuk mendapatkan bantuan pemberian ASI yang terampil (lihat Catatan Panduan 1–3).
- Ada akses pada Kode – pasokan makanan tambahan atau pendamping ASI dan bayi yang membutuhkan susu formula (lihat Catatan Panduan 5).



Catatan Panduan

1. **Langkah sederhana dan intervensi dasar** diperlukan untuk menciptakan lingkungan yang melindungi dan mendukung IYCF. Waspada dan perlu mencari tahu lebih banyak tentang kesulitan memberikan ASI, pemberian makanan tambahan dan atau praktik pemberian makanan buatan pada bayi berusia 0–24 bulan. Bayi yang tidak mendapatkan ASI membutuhkan dukungan segera. Dukungan harus memprioritaskan ibu, perawat, perempuan hamil dan menyusui untuk memenuhi kebutuhan dasarnya. Rumah tangga dengan bayi berusia di bawah 24 bulan dan ibu menyusui harus didata dan dihubungkan dengan program ketahanan pangan yang ada agar kebutuhan pangan mereka terjamin. Tempat penampungan khusus untuk ibu dan perawat perlu disediakan untuk menjamin akses ke kelompok dan dukungan dasar IYCF. Dukungan untuk dapat memberikan ASI harus diintegrasikan dengan layanan dasar seperti kesehatan reproduksi, layanan psikososial, dan program penyediaan makanan selektif sejak awal masa tanggap darurat.
2. **Perempuan hamil dan menyusui:** asupan gizi yang tidak memadai bagi ibu hamil dan menyusui akan berisiko komplikasi kehamilan, kematian ibu, bayi lahir dengan berat badan kurang, penurunan status gizi ibu yang dapat mengakibatkan penurunan konsentrasi gizi yang terdapat dalam ASI. Berat badan ibu yang kurang saat hamil sangat terkait dengan bayi lahir dengan berat badan kurang. Ibu hamil dan menyusui harus mendapatkan tambahan yang mengandung banyak zat gizi mikro untuk melindungi sumber ASI. Tambahan zat besi dan asam folat harus diberikan. Perempuan juga harus mendapatkan Vitamin A dalam waktu 6 hari sampai pada pengiriman berikutnya. Tambahan zat gizi mikro harus sesuai dengan rekomendasi dosis dan waktunya. Rujukan ke layanan psikososial mungkin diperlukan, terutama dalam kondisi trauma. Meskipun dukungan pemenuhan gizi untuk ibu remaja sangat penting, program untuk mencegah kehamilan remaja memiliki pengaruh lebih besar untuk mengurangi bayi yang lahir dengan berat badan kurang.
3. **Pengenalan pemberian ASI eksklusif** (dalam waktu sehari setelah kelahiran bayi) merupakan intervensi prioritas untuk menjaga keselamatan bayi dan ibu. Bayi yang lahir dengan berat badan kurang dan ibunya akan mendapatkan keuntungan terutama dari kontak kulit sesaat setelah kelahiran dan masa pengenalan pemberian ASI eksklusif (lihat Pelayanan Kesehatan Penting – Standar kesehatan anak 2, Catatan Panduan 1).
4. **Menyusui:** bayi yang baru lahir hanya membutuhkan ASI eksklusif dan tanpa air, cairan atau makanan padat lainnya, kecuali apabila dibutuhkan sebagai tambahan untuk proses pengobatan. Ini menjamin keamanan makanan dan cairan pada bayi dan sekaligus merupakan perlindungan kekebalan aktif pada bayi untuk masa enam bulan pertama. Melindungi bayi yang berusia di atas 6 bulan dan kanak-kanak, utamanya dalam konteks lingkungan di mana air bersih, sanitasi dan kondisi kebersihan kurang memadai, sehingga kondisi sangat perlu perhatian sampai bayi berusia 24 bulan atau lebih. Ibu, keluarga, masyarakat, dan pekerja kesehatan harus

memastikan pelaksanaan proses menyusui ini, mengingat keyakinan diri para ibu untuk menyusui dapat rusak akibat kondisi situasi darurat. Perencanaan dan pengaturan sumber daya harus memungkinkan untuk mendukung para ibu untuk dapat menyusui dengan nyaman di antara kondisi masyarakat yang mengalami tekanan dan bayi di bawah 6 bulan yang mengalami kekurangan gizi (lihat Standar Pengelolaan Kekurangan Gizi Akut dan kekurangan zat gizi mikro), dan pendidikan untuk masyarakat yang mencampur-adukkan pemberian makanan untuk segala jenis usia, dan konteks pangan untuk bayi terjangkau HIV (lihat Catatan Panduan 7).

5. **Makanan pelengkap** adalah proses pemberian makanan tambahan selain ASI untuk bayi berumur 6 bulan ke atas (atau sebagai pengganti ASI untuk bayi yang tidak bisa mendapatkan ASI). Selama periode pemberian makanan pendamping ASI (6–24 bulan), terus menyusui bayi tersebut akan memberikan kontribusi signifikan terhadap ketahanan pangan dan cairan untuk bayi. Bayi yang tidak mendapatkan ASI membutuhkan dukungan yang lebih banyak untuk menghindari kekurangan gizi. Hubungan dengan program ketahanan pangan sangat penting untuk mendukung tambahan makanan. Apabila masyarakat menjadi tergantung pada bantuan pangan, makanan yang mengandung gizi sesuai kebutuhan harus menjadi pangan yang dibagikan kepada masyarakat; jaring pengaman untuk makanan tambahan juga mungkin dibutuhkan. Kriteria yang jelas diperlukan untuk penggunaan dan jangka waktu pemberian suplemen gizi pendamping ASI yang akan diberikan selama masa tanggap darurat. Makanan siap saji bukanlah makanan pelengkap. Pembagian makanan tambahan harus disertai dengan tata cara penyiapan pangan tersebut. Penggunaan tambahan gizi mikro, termasuk Vitamin A, harus sesuai dengan rekomendasi terbaru. Bayi yang lahir dengan berat badan kurang dan kanak-kanak juga mendapatkan manfaat dari pemberian tambahan zat besi. Jika penduduk tersebut bermukim di wilayah yang endemik malaria, tambahan zat besi harus diberikan untuk anak-anak yang mengalami anemia dan kekurangan zat besi serta disertai dengan tindakan pengendalian malaria yang tepat.
6. **Makanan buatan:** bayi yang tidak disusui memerlukan identifikasi dan kajian awal yang dilakukan oleh ahli untuk menemu-kenali pilihan-pilihan makanan yang layak untuknya. Apabila ibu tidak dapat menyusui, pemberian ASI dari penyandang dana, utamanya bila juga merangkap sebagai perawat bayi tersebut sangat berperan dalam pemberian makanan untuk bayi muda yang lahir dengan berat badan kurang. Ibu dan perawat harus benar-benar yakin akan kecukupan jumlahnya selama makanan buatan tersebut diperlukan (setidaknya sampai bayi berusia 6 bulan) selain itu juga perlu dipastikan tersedia dukungan lainnya (air bersih, bahan bakar, fasilitas penyimpanan, pemantauan pertumbuhan, perawatan medis, dan waktu). Bayi berusia di bawah 6 bulan yang diberi makanan campuran harus didukung untuk beralih pada ASI eksklusif. Botol makanan tidak boleh digunakan karena sulit untuk dibersihkan. Program-program yang mendukung kegiatan penyediaan makanan harus diawasi oleh masyarakat dengan menggunakan standar IYCF untuk memastikan bahwa pemberian ASI (menyusui) tidak dirusak oleh program tersebut.



Pengawasan penyakit harus dilakukan di tingkat individu dan penduduk, dengan fokus khusus pada penyakit diare. Tambahan Vitamin A dosis rendah perlu dipertimbangkan untuk diberikan pada bayi berusia di bawah 6 bulan yang tidak disusui.

- 7. HIV dan pemberian makanan:** memaksimalkan kemungkinan hidup anak yang terinfeksi HIV, termasuk membebaskan bayi yang lahir dari ibu yang mengidap HIV untuk bebas dari HIV. Ibu yang tidak diketahui apakah terinfeksi HIV atau tidak, berdasarkan rekomendasi IYCF harus didukung untuk memberikan ASI (lihat Catatan Panduan 3–5). Untuk ibu yang terinfeksi, intervensi penggabungan anti-retroviral (ARV) dengan menyusui dapat secara signifikan mengurangi penularan HIV pasca melahirkan. Percepatan akses ke ARV harus diprioritaskan (lihat Standar layanan kesehatan dasar 2– Kesehatan Reproduksi dan Seksual). Risiko bagi bayi yang terkait dengan pemberian makanan pengganti akan lebih besar di dalam kondisi darurat. Hal ini berarti bahwa memberikan ASI berpeluang lebih besar untuk menyelamatkan hidup bayi yang lahir dari ibu yang terinfeksi HIV, termasuk apabila ARV belum tersedia. Pemberian tambahan susu formula dapat diberikan kepada bayi tersebut apabila memang tidak dapat diberikan ASI dengan upaya apa pun (lihat Catatan Panduan 6).

3. Pengelolaan Kurang Gizi Akut dan Kurang Zat Gizi Mikro

Kurang gizi akut dan kurang zat gizi mikro dihubungkan dengan peningkatan risiko kesakitan dan kematian bagi individu. Oleh sebab itu, apabila mengalami risiko tinggi maka perlu dipastikan untuk mendapatkan akses pada pelayanan yang baik dan benar untuk mencegah kekurangan gizi. Dampak dari layanan ini untuk mengurangi penyebab kurang gizi akan sangat kurang bila tidak disertai dengan intervensi terus-menerus untuk mendukung bidang kesehatan, pasokan air, sanitasi, dan promosi kebersihan, pemberian pangan, dan ketahanan pangan.

Kondisi kurang gizi akut sedang dapat diatasi dengan banyak cara. Dalam kondisi bencana, pemberian makanan tambahan kadang-kadang menjadi strategi untuk pencegahan dan pengelolaan kurang gizi sedang. Ini dapat menjadi jaring pengaman atau sebagai sasaran tergantung dari tingkat kurang gizi yang terjadi, kerentanan masyarakat tersebut, dan risiko terjadinya peningkatan kurang gizi. Indikator Standar Pengelolaan Kekurangan Gizi Akut dan Kurang Zat Gizi Mikro 1 merujuk terutama pada sasaran pemberian makananpangan tambahan. Meskipun tidak ada indikator dampak yang ditetapkan untuk jaring pengaman pangan tambahan, penting untuk diperhatikan cakupan pengawasan, kecukupan, dan rasio yang tersedia.

Gizi buruk akut ditangani melalui perawatan terapi yang dapat diakses melalui berbagai pendekatan. Pengelolaan kurang gizi akut berbasis masyarakat harus menjadi pendekatan yang dipilih apabila kondisi memungkinkan. Program mengatasi kondisi gizi buruk akut harus mencakup pencerahan masyarakat (termasuk komunikasi yang efektif, penemuan kasus-aktif, rujukan, dan tindak lanjut), rawat jalan untuk penanganan gizi buruk akut tanpa komplikasi dan pengelolaan rawat inap untuk penderita yang memiliki komplikasi medis dan bayi-bayi.

Kurang zat gizi mikro sulit diidentifikasi dalam banyak konteks. Sementara tanda-tanda klinis dari gizi buruk akut mungkin paling mudah untuk didiagnosis, beban yang lebih besar pada kesehatan kemungkinan membuat kemampuan



bertahan hidup masyarakat semakin menurun secara klinis. Apabila kekurangan zat gizi mikro terjadi di masyarakat, diandaikan hal ini diperburuk oleh kondisi bencana. Kurang zat gizi mikro ini harus diatasi dengan intervensi yang luas dan menyeluruh disertai dengan penanganan terhadap individu terkait.

Standar pengelolaan kurang gizi akut dan kurang zat gizi mikro 1:

Kurang Gizi Akut Sedang

Kurang gizi akut sedang ditangani.

Aksi kunci (harus dibaca bersamaan dengan Catatan Panduan)

- Sejak awal mengembangkan strategi yang jelas dan disepakati bersama, menentukan tujuan dan kriteria dan menyelesaikan intervensi (lihat Catatan Panduan 1).
- Memaksimalkan akses dan cakupan melalui keterlibatan penduduk sejak awal kejadian bencana (lihat Catatan Panduan 2 dan Standar Inti 1).
- Pencatatan dasar per orang saat kajian awal disandingkan dengan data antropometrik di tingkat nasional dan internasional (lihat Catatan Panduan 3–4 dan Lampiran 4: Pengukuran kurang gizi akut dan Lampiran 5: Ukuran kurang zat gizi mikro dalam kesehatan).
- Kaitkan pengelolaan kurang gizi akut sedang dengan pengelolaan gizi buruk akut dan pelayanan kesehatan yang ada jika memungkinkan (lihat Catatan Panduan 5–6).
- Penyediaan jatah pangan kering yang bisa langsung digunakan, kecuali ada alasan untuk penyediaan pangan di tempat (lihat Catatan Panduan 8).
- Penyediaan jatah pangan kering yang bisa langsung digunakan, kecuali ada alasan untuk penyediaan pangan di tempat (lihat Catatan Panduan 8).
- Investigasi dan aksi dilakukan untuk mengatasi penyebab kurang gizi dalam kondisi darurat (lihat Catatan Panduan 5–6).
- Melaksanakannya IYCF dengan fokus penekanan pada upaya untuk melindungi, mendukung, dan mempromosikan pemberian ASI (lihat Catatan Panduan 7).

Indikator kunci (harus dibaca bersama dengan Catatan Panduan)

Indikator ini terutama berlaku untuk kelompok usia 6–59 bulan, walaupun kelompok usia lain juga dapat menjadi bagian dari program ini.

- Lebih dari 90 persen dari penduduk sasaran berada dalam radius sekitar 1 hari perjalanan (termasuk waktu untuk melakukan pengobatan) dalam satu lokasi program, untuk memudahkan pemberian makanan siap saji dan jarak lokasi tidak lebih dari 1 jam berjalan kaki untuk pemberian pangan tambahan (lihat Catatan Panduan 2).

- Cakupan > 50 persen di daerah pedesaan, > 70 persen di daerah perkotaan, dan > 90 persen di dalam lokasi pengungsian (lihat Catatan Panduan 2).
- Penggantian proporsi sasaran program pemberian makanan tambahan bagi yang telah meninggal adalah < 3 persen, bagi yang sesudah ditampung adalah > 75 persen dan bagi yang gagal adalah < 15 persen (lihat Catatan Panduan 4).

Catatan Panduan

1. **Rancangan program** harus berdasarkan pemahaman tentang kerumitan dan dinamika situasi gizi. Makanan tambahan dapat diberikan berdasarkan pemahaman atas situasi pangan yang kompleks dan dinamis. Pemberian makanan tambahan dapat diberikan berdasarkan sasaran atau pun pendekatan jaring pengaman. Keputusan tentang pendekatan yang akan digunakan harus didasarkan pada tingkat keparahan kurang gizi dan beban kasus, risiko peningkatan gizi buruk yang menggunakan kriteria antropometri, sumber daya yang tersedia dan akses bagi penduduk yang terkena dampak bencana. Sasaran pemberian makanan tambahan secara umum membutuhkan lebih banyak waktu dan usaha untuk memantau kurang gizi perorangan namun membutuhkan sumber pangan yang lebih sedikit, sedangkan pendekatan jejaring sosial secara umum membutuhkan lebih sedikit sumber daya staf namun lebih banyak persediaan pangan. Mobilisasi masyarakat yang efektif yang mendukung pemahaman penduduk dan efektivitas program. Hubungan ke terapi perawatan, sistem kesehatan, jaringan HIV dan AIDS dan tuberkulosis (TB) dan program ketahanan pangan termasuk pangan, pemberian uang tunai dan kupon bantuan juga penting untuk dilakukan. Penduduk yang terkena dampak harus terlibat dalam memutuskan di mana lokasi program. Pertimbangan harus diberikan kepada orang-orang yang rentan yang mungkin menghadapi kesulitan untuk mengakses ke lokasi tersebut. Sejak awal, strategi keluar atau rencana jangka panjang untuk mendukung komunitas perlu dipertimbangkan.
2. **Cakupan meliputi** orang perorangan yang membutuhkan bantuan maupun perorangan yang sudah menerima bantuan. Cakupan dapat dipengaruhi oleh penerimaan terhadap program, lokasi dan aksesibilitas lokasi program, situasi keamanan, frekuensi dan distribusi, waktu tunggu, mutu pelayanan, tingkat mobilisasi, perluasan kunjungan ke rumah dan penyaringan, dan masuk dalam kriteria penyalarsan. Lokasi program harus dekat dengan kelompok sasaran dalam rangka mengurangi risiko dan biaya terkait dengan perjalanan jarak jauh dengan membawa kanak-kanak dan risiko bagi orang-orang yang ikut mengungsi. Metodologi untuk mengukur cakupan bervariasi dalam tingkat keandalan dan jenis informasi yang dihasilkan. Metode yang digunakan bervariasi sesuai tingkat keandalan dan jenis informasi yang dibutuhkan. Metodologi yang digunakan harus dituliskan dalam laporan. Panduan yang ada saat ini mengharuskan dilakukannya konsultasi sebelum memutuskan metodologi



yang akan digunakan sesuai dengan konteks. Cakupan penilaian harus dilihat sebagai alat pengelolaan sehingga sebaiknya tidak dilakukan hanya di akhir masa dukungan tanggap darurat.

3. **Kriteria penerimaan:** selain dari individu yang memenuhi kriteria antropometrik yang juga diperoleh dari pemberian makanan tambahan, misalnya adalah orang yang hidup dengan HIV (ODHA) atau TB, perubahan dari terapi atau perawatan untuk menghindari kambuhnya penyakit, individu dengan penyakit kronis lain atau penyandang cacat. Monitoring dan sistem pelaporan perlu disesuaikan jika seseorang berada di luar kriteria antropometrik.
4. **Perubahan kriteria** harus sesuai dengan panduan nasional, atau pedoman internasional apabila pedoman nasional tidak tersedia, dan harus dituliskan secara khusus dalam laporan indikator kinerja (lihat Catatan Panduan 5).
5. **Indikator kinerja** berkaitan dengan individu yang telah mengalami pengobatan. Jumlah total individu yang telah sembuh maupun yang telah meninggal, pengobatan gagal mau pun belum sembuh. Individu yang dirujuk untuk mendapatkan layanan pelengkap (seperti layanan kesehatan). Individu dipindahkan ke lokasi lain sebelum menyelesaikan pengobatannya dan tidak harus dimasukkan ke dalam indikator kinerja. Indikator kinerja adalah sebagai berikut:

Jumlah individu pulih =

$$\frac{\text{Proporsi perubahan kesembuhan}}{\text{Jumlah total perubahan}} \times 100 \text{ persen}$$

Proporsi perubahan kematian =

$$\frac{\text{Jumlah kematian}}{\text{Jumlah total perubahan}} \times 100 \text{ persen}$$

Proporsi perubahan kegagalan =

$$\frac{\text{Jumlah kegagalan}}{\text{Jumlah total perubahan}} \times 100 \text{ persen}$$

Proporsi perubahan non-semuh =

$$\frac{\text{Jumlah individu yang belum sembuh}}{\text{Jumlah total perubahan}} \times 100 \text{ persen}$$

Orang yang telah selesai melewati masa perawatan dan terapi harus dilaporkan dalam kategori yang terpisah untuk menghindari bias hasil menuju pemulihan yang lebih baik. Anak-anak dengan kondisi gizi buruk akut sekunder dan cacat, masalah dengan langit-langit mulut, maupun masalah dengan operasi, harus dilaporkan di dalam laporan program. Saat pelaporan, kelompok inti yang harus dilaporkan adalah anak-anak berusia 6–59 bulan. Selain indikator untuk melakukan analisis kinerja yang diuraikan di atas, sistem harus memantau partisipasi masyarakat, penerimaan program (ukuran yang baik adalah ketersediaan dan rata-rata cakupannya), mutu dan jumlah pangan yang disediakan, (terutama kanak-kanak dengan status gizi memburuk dengan kurang gizi buruk akut), dan jumlah orang yang berada dalam perawatan. Juga harus dipertimbangkan pola penyakit, tingkat gizi dalam masyarakat, tingkat kerawanan pangan di rumah tangga dan dalam masyarakat, intervensi tambahan yang tersedia untuk penduduk (termasuk penyaluran pangan umum atau program setara) dan kapasitas sistem yang ada untuk penyediaan layanan. Penyebab tidak ada ketersediaan dan kegagalan dalam melakukan tindakan sampai ke masa perawatan harus diawasi secara terus-menerus

6. **Masukan dan pertimbangan: sasaran** program penyediaan makanan tambahan merupakan titik kontak yang penting untuk diawasi dan mengacu pada suatu jenis penyakit. Program harus mempertimbangkan kapasitas pelayanan kesehatan yang ada dan memastikan penyediaan obat cacing, suplemen Vitamin A, zat besi dan asam folat yang dikombinasikan dengan pengawasan dan pengobatan malaria, seng untuk perawatan diare dan imunisasi (lihat Standar layanan kesehatan dasar pengendalian penyakit menular 2 – dan Layanan Kesehatan Dasar untuk Anak 1–2). Di daerah dengan prevalensi HIV tinggi, tes HIV dan pengobatan profilaktik harus tersedia dan mutu dan jumlah makanan tambahan harus dipertimbangkan secara khusus.
7. **Ibu menyusui bayi** berusia di bawah 6 bulan yang mengalami kurang gizi harus dirawat dengan pemberian makanan tambahan, tergantung pada status gizi ibu. Sedang ibu yang mengalami kurang gizi namun masih dapat menyusui dan membutuhkan dukungan gizi yang cukup untuk melindungi status gizi mereka. Ibu harus menerima jatah pemberian makanan tambahan, dukungan agar ibu dapat menyusui dengan baik dan nasihat tentang makanan pendamping ASI yang disarankan, bergizi, dan sesuai untuk kebutuhan tanggap darurat. Bayi berusia di bawah 6 bulan yang mengalami kekurangan gizi akut harus dirujuk untuk mendapatkan dukungan pemberian ASI dan rawat inap sesuai kebutuhannya.
8. **Ransum:** ransum kering atau makanan yang siap saji digunakan diberikan setiap minggu atau setiap dua minggu, disarankan untuk dilakukan di setiap lokasi, namun untuk komposisi dan ukurannya harus mempertimbangkan ketahanan pangan rumah tangga dan kemungkinan untuk saling berbagi antar rumah tangga tersebut. Informasi yang jelas harus diberikan untuk mempersiapkan dan menyimpan cadangan pangan dalam kondisi yang



bersih, bagaimana dan kapan pangan tersebut akan dikonsumsi (lihat Catatan Panduan – Standar pemberian pangan 6, Catatan Panduan 1) dan pentingnya untuk meneruskan pemberian ASI untuk bayi yang berusia di bawah 24 bulan. Kelompok rentan, misalnya orang-orang dengan tantangan mobilitas, mungkin memerlukan adaptasi program untuk memenuhi kebutuhan spesifik mereka.

Standar pengelolaan kekurangan gizi akut dan kekurangan zat gizi mikro 2: Gizi buruk akut

Gizi buruk akut ditangani.

Aksi kunci (harus dibaca bersama dengan Catatan Panduan)

- Sejak awal menetapkan secara jelas dan menyepakati kriteria yang dibutuhkan untuk meningkatkan dukungan layanan yang ada maupun untuk menurunkan dan menghentikan layanan (lihat Catatan Panduan 1).
- Sertakan intervensi untuk rawat inap, rawat jalan, arahan, dan komponen mobilisasi penduduk untuk pengelolaan gizi buruk akut (lihat Catatan Panduan 2).
- Memaksimalkan akses dan cakupan melalui keterlibatan dari populasi sejak awal (lihat Catatan Panduan 1–3 dan Standar Inti 1).
- Menyediakan perawatan gizi dan kesehatan sesuai dengan panduan nasional dan internasional yang diakui sebagai pengelolaan untuk gizi buruk akut (lihat Catatan Panduan 4–8).
- Memastikan kriteria kekurangan termasuk indikator antropometrik dan non-antropometrik (lihat Catatan Panduan 6).
- Melakukan penyelidikan dan melakukan tindakan tanggap darurat untuk mengatasi penyebab kejadian dan terjadinya peningkatan jumlah kematian (lihat Catatan Panduan 6–7).
- Menggunakan IYCF dengan penekanan khusus pada upaya untuk melindungi, mendukung, dan mempromosikan pemberian ASI (lihat Catatan Panduan 9–10).

Indikator kunci (harus dibaca bersama dengan Catatan Panduan)

Indikator ini terutama berlaku untuk kelompok usia 6–59 bulan, walaupun kelompok usia lain pun dapat menjadi bagian dari program ini.

- Lebih dari 90 persen dari sasaran penduduk berada dalam jangkauan tidak lebih dari 1 hari perjalanan (termasuk waktu untuk melakukan pengobatan) dari lokasi program.
- Cakupan > 50 persen di daerah pedesaan, > 70 persen di daerah perkotaan, dan > 90 persen di situasi kamp (lihat Catatan Panduan 3).
- Proporsi yang ada dari perawatan terapi pada yang telah meninggal adalah < 10 persen, sembuh adalah > 75 persen, dan lalai < 15 persen (lihat Catatan Panduan 6).

Catatan Panduan

1. **Rancangan program:** program-program harus dirancang untuk membangun dan mendukung kapasitas sistem kesehatan yang ada sedapat mungkin. Tingkat dukungan tambahan yang diperlukan untuk menjamin pengelolaan yang efektif untuk gizi buruk akut harus ditentukan berdasarkan kapasitas yang ada di fasilitas kesehatan dan di masyarakat, jumlah dan penyebaran geografis individu yang terkena dampak bencana dan situasi keamanan. Sejak awal, harus dipertimbangkan strategi keluar atau rencana untuk dukungan jangka panjang di luar kondisi darurat. Kriteria untuk penutupan mau pun transisi program harus mempertimbangkan kapasitas yang ada dan kesempatan untuk mengintegrasikan upaya yang sudah dilakukan ke dalam sistem yang sudah ada.
2. **Komponen program:** program untuk menyikapi pengelolaan gizi buruk akut harus terdiri atas rawat inap bagi individu dengan komplikasi medis dan semua bayi berusia < 6 bulan yang menderita gizi buruk akut dan rawat jalan untuk kanak-kanak yang tidak mengalami komplikasi medis. Rawat inap dapat dilakukan melalui penerapan langsung ataupun rujukan. Program-program harus dihubungkan dengan layanan lainnya yang menyikapi penyebab langsung dari kondisi gizi buruk akut misalnya pemberian makanan tambahan, HIV dan AIDS dan jaringan TB, layanan kesehatan dasar dan program ketahanan pangan termasuk pemberian pangan, uang tunai dan kupon bantuan. Pengerahan masyarakat yang efektif akan membantu untuk mencapai penerimaan, aksesibilitas, dan cakupan program. Pasien rawat jalan harus berada dekat dengan kelompok sasaran untuk mengurangi risiko dan biaya terkait dengan perjalanan jarak jauh dengan kanak-kanak dan risiko orang yang mengungsi.
3. **Cakupan:** seperti gizi buruk akut, cakupan dapat dipengaruhi oleh penerimaan program, lokasi dan akses ke lokasi program, situasi keamanan umum, frekuensi distribusi, waktu tunggu, kualitas layanan, tingkat mobilisasi, perluasan kunjungan ke rumah dan penyaringan, dan masuk kriteria penyesuaian. Metodologi untuk mengukur cakupan bervariasi dalam tingkat keandalan dan jenis informasi yang dihasilkan. Metode yang digunakan harus dinyatakan saat pelaporan panduan kini harus dikonsultasikan ketika memutuskan metode mana yang sesuai dalam konteks yang diberikan (lihat Standar pengelolaan kekurangan gizi akut dan kekurangan zat gizi mikro 1, Catatan Panduan 2).
4. **Pedoman:** apabila panduan nasional tersedia, maka panduan tersebut harus dipatuhi. Apabila pedoman nasional tidak tersedia atau apabila pedoman yang ada tidak memenuhi standar internasional, maka pedoman internasional harus digunakan. Panduan internasional dapat disediakan di bagian referensi dan bacaan lanjutan.
5. **Penentuan kriteria** harus konsisten dengan pedoman nasional dan internasional (lihat Lampiran 4: Mengukur kurang gizi akut, dan referensi dan bacaan lanjutan). Penentuan kriteria untuk bayi < 6 bulan dan kelompok



dengan antropometrik sulit untuk ditentukan sehingga harus ditentukan dengan mempertimbangkan status klinis dan menyusui. Orang yang telah diuji atau diduga terinfeksi HIV-positif dan mereka yang terpapar TB atau sakit kronis harus memiliki akses yang sama terhadap pelayanan selama mereka memenuhi kriteria. ODHA yang tidak memenuhi kriteria juga memerlukan dukungan gizi, namun ini bukanlah tawaran terbaik dalam konteks perawatan untuk kondisi gizi buruk akut dalam kondisi bencana. Individu-individu dan keluarga mereka harus mendapatkan dukungan melalui berbagai layanan termasuk perawatan masyarakat berbasis rumah, pusat pengobatan TB, dan program pencegahan dari ibu ke anak.

6. **Kriteria penyembuhan dan pemulihan:** kesembuhan individu harus bebas dari komplikasi medis, kondisi nafsu makan membaik, dan telah mencapai dan dapat mempertahankan berat badan yang sesuai tanpa busung lapar (misalnya untuk dua penimbangan berturut-turut). Status menyusui sangat penting untuk bayi berusia di bawah 6 bulan sampai usia 24 bulan. Bayi non-ASI perlu mendapatkan tindakan lebih lanjut. Kriteria penyembuhan harus dipatuhi untuk menghindari risiko yang berhubungan dengan penyembuhan dini. Pedoman penentuan batas waktu rata-rata untuk mendapatkan pengobatan juga bertujuan untuk menghindari periode pemulihan yang berkepanjangan. Rata-rata lama tinggal akan berbeda tergantung pada pedoman yang digunakan dan disesuaikan dengan konteks nasional. Rata-rata kenaikan berat badan harus dihitung secara terpisah untuk individu dengan dan tanpa busung gizi. HIV, AIDS dan TB dapat saja mengakibatkan sebagian orang yang mengalami kekurangan gizi gagal mendapatkan perawatan. Pilihan-pilihan untuk perawatan jangka panjang harus dipertimbangkan dengan hubungan layanan kesehatan dan layanan dukungan sosial dan masyarakat lainnya (lihat Standar layanan kesehatan dasar 2 – Kesehatan Seksual dan Reproduksi).
7. **Indikator kinerja** untuk pengelolaan gizi buruk akut harus digabungkan antara rawat inap dan rawat jalan tanpa penghitungan ganda (misalnya mengeluarkan pemberian antara kedua komponen). Apabila hal tersebut tidak mungkin untuk dilakukan, tafsiran tingkat hasil harus disesuaikan, misalnya, program menggunakan indikator-indikator terbaik pada pelaksanaan rawat jalan saja dan menggunakan indikator gabungan pada saat melakukan perawatan rawat inap. Jumlah orang yang sembuh dari gizi buruk akut terdiri atas orang-orang yang telah sembuh, meninggal dunia, gagal sembuh, atau tidak dapat dipulihkan (lihat Standar Pengelolaan kurang Gizi dan kurang Zat Gizi Mikro 1, Catatan Panduan 4). Orang yang dirujuk ke layanan lain (misalnya pelayanan medis) tidak berarti pengobatannya telah berakhir. Apabila program laporan untuk pengobatan rawat jalan saja, pemberian untuk rawat inap harus dilaporkan ketika dilakukan penilaian kinerja. Faktor-faktor seperti kerumitan klinis HIV akan memengaruhi tingkat kematian di mana proporsi HIV positif. Meskipun indikator kinerja belum disesuaikan untuk situasi ini, pertimbangan menjadi sangat penting dalam pelaksanaan kegiatan. Selain indikator kesembuhan, penerimaan pasien baru, jumlah kanak-kanak di tingkat pengobatan dan

cakupan harus dinilai di saat pemantauan kinerja. Penyebab kembalinya seorang pasien, penurunan status klinis, baku, dan kegagalan untuk merespons harus diselidiki dan didokumentasikan secara berkelanjutan. Definisi harus disesuaikan dengan pedoman yang digunakan

8. **Masukan kesehatan:** semua program untuk pengelolaan gizi buruk akut harus meliputi perawatan sistematis berdasarkan panduan nasional atau internasional dan rujukan yang ditetapkan untuk pengelolaan penyebab penyakit seperti TB dan HIV. Di daerah yang tingkat prevalensi HIV tinggi, strategi untuk mengobati kekurangan gizi harus mempertimbangkan baik intervensi untuk menghindari penyebaran HIV maupun dukungan terhadap kelangsungan hidup ibu dan anak. Perawatan dan sistem rujukan yang efektif untuk tes TB dan HIV sangat penting dalam hal ini.
9. **Dukungan untuk menyusui:** bayi yang menjalani rawat inap cenderung menjadi salah satu yang paling tidak sehat. Ibu membutuhkan dukungan agar dapat menyusui dengan baik sebagai bagian dari rehabilitasi gizi dan pemulihan, terutama untuk kanak-kanak berusia < 6 bulan. Cukup waktu dan sumber daya yang harus disediakan untuk ini – suatu tempat khusus (pojok ASI) untuk mendapatkan dukungan keahlian dan bagaimana mengaktifkan dukungan sebaya dapat membantu proses pemberian ASI. Ibu menyusui bayi berusia di bawah 6 bulan yang kurang gizi harus menerima jatah tambahan tanpa memandang status gizi mereka kecuali bila mereka memenuhi kriteria antropometri kurang gizi akut yang parah dalam hal ini maka mereka juga harus mendapatkan penanganannya.
10. **Dukungan sosial dan psikososial:** dukungan emosional dan stimulasi fisik melalui bermain sangat penting untuk anak-anak dengan gizi buruk akut selama periode rehabilitasi. Para pengasuh anak-anak tersebut sering membutuhkan dukungan sosial dan psikososial untuk dapat memberikan dukungan bagi kanak-kanak dampungannya. Hal ini dapat dicapai melalui program mobilisasi yang harus menekankan stimulasi dan interaksi yang berfungsi sebagai pengobatan dan pencegahan kecacatan di masa depan dan penurunan kognitif (lihat Prinsip Perlindungan 4). Semua pengasuh kanak-kanak penderita gizi buruk akut harus didorong agar aktif untuk memberi makanan dan merawat anak-anak mereka selama proses pengobatan melalui nasihat, demonstrasi kesehatan dan informasi gizi.

Standar pengelolaan kurang gizi akut dan kurang zat gizi mikro 3: Kurang zat gizi mikro

Intervensi zat gizi mikro disandingkan dengan intervensi kesehatan masyarakat dan pemberian gizi lainnya untuk mengurangi penyakit umum yang berhubungan dengan situasi darurat dan penanganan kekurangan zat gizi mikro.



Aksi kunci (harus dibaca bersama dengan Catatan Panduan)

- Melatih staf kesehatan bagaimana mengidentifikasi dan menangani kurang zat gizi mikro (lihat Catatan Panduan 1–2).
- Menetapkan prosedur untuk melakukan tindakan aktif untuk tipe kurang zat gizi mikro dari penduduk yang mungkin berisiko (lihat Catatan Panduan 2).

Indikator Kunci (harus dibaca dengan Catatan Panduan)

- Kasus kurang zat gizi mikro diperlakukan sesuai dengan praktik klinis terbaik saat ini (lihat Catatan Panduan 1–2).
- Intervensi zat gizi mikro disandingkan dengan intervensi kesehatan masyarakat untuk mengurangi penyakit yang umumnya terkait dengan keadaan darurat seperti campak (vitamin A) dan diare (seng) (lihat Catatan Panduan 3–4).

Catatan Panduan

1. **Diagnosis dan penanganan kurang zat gizi mikro klinis:** diagnosis dari beberapa kurang zat gizi mikro klinis mungkin dapat dilakukan melalui pemeriksaan sederhana. Indikator klinis kekurangan-kekurangan ini dapat dimasukkan ke dalam sistem pengawasan gizi dan kesehatan. Definisi kasus kadang bermasalah dan dalam kondisi darurat definisi ini hanya dapat dipastikan melalui respons untuk memberikan tambahan kepada orang yang melaporkan diri pada petugas kesehatan. Perawatan terhadap kurang zat gizi mikro harus melibatkan hasil temuan dari kasus-aktif dan penggunaan definisi kasus yang sudah disepakati serta panduan untuk melakukan perawatan. Penemuan kasus dan perawatan harus dilakukan baik dalam sistem kesehatan dan dalam program pemberian pangan (lihat Standar pengkajian ketahanan pangan dan gizi 2, Catatan Panduan 6). Apabila prevalensi kurang zat gizi mikro melebihi ambang batas kesehatan masyarakat (lihat Lampiran 5: Ukuran Pentingnya Kurang Zat Gizi Mikro dalam Kesehatan Masyarakat), jejaring pengamanan masyarakat dengan memberikan tambahan vitamin mungkin diperlukan. Kudis (vitamin C), pellagra (niasin), beri-beri (tiamin), dan ariboflavinosis (riboflavin) adalah suplemen yang paling sering diamati sebagai hasil dari akses masyarakat pada zat gizi mikro yang tidak memadai. Yang harus diperhatikan, kurang zat gizi mikro harus ditangani dengan intervensi masyarakat yang lebih luas dan memberikan perawatan per orang.
2. **Diagnosis dan penanganan kurang zat gizi mikro subklinis:** Kurang zat gizi mikro subklinis dapat memiliki dampak kesehatan yang buruk namun tidak bisa langsung diidentifikasi tanpa pemeriksaan biokimia. Pengecualian untuk anemia, di mana tes biokimia tersedia dan dapat dilakukan dengan mudah di lapangan (lihat Standar pengkajian ketahanan pangan dan gizi 2, Catatan Panduan 6 dan Lampiran 5: Ukuran Pentingnya kurang zat

gizi mikro dalam Kesehatan Masyarakat). Indikator tidak langsung dapat digunakan untuk menilai risiko kekurangan yang terjadi dalam masyarakat dan menentukan kapan peningkatan pemberian asupan makanan atau penggunaan suplemen mungkin dibutuhkan (lihat Standar pengkajian ketahanan pangan dan gizi 2, Catatan Panduan 6 dan Lampiran 5: Ukuran Pentingnya Kurang Zat Gizi Mikro dalam Kesehatan Masyarakat).

3. **Pencegahan:** strategi untuk pencegahan kurang zat gizi mikro secara singkat dijelaskan di bagian ketahanan pangan – sesi pemberian pangan (lihat Standar Ketahanan Pangan –pemberian pangan 1). Pencegahan juga membutuhkan pengendalian penyakit seperti infeksi saluran pernapasan akut, campak, dan infeksi parasit seperti malaria dan diare yang menyimpan penguras zat gizi mikro (lihat Standar Layanan Kesehatan Dasar – Standar kesehatan anak 1–2). Kesiapsiagaan untuk perawatan akan melibatkan pengembangan definisi kasus dan pedoman untuk perawatan, serta sistem untuk penemuan kasus-aktif.
4. **Penggunaan zat gizi mikro dalam pengobatan penyakit umum:** tambahan zat gizi mikro harus dipadukan dalam pencegahan dan pengobatan penyakit tertentu. Ini termasuk pemberian tambahan vitamin A beserta vaksinasi campak dan penyertaan seng dan garam rehidrasi oral (oral rehydration salts - ORS) dalam pedoman untuk mengobati diare (lihat Standar Layanan Kesehatan Dasar –kesehatan anak 1–2 dan Standar pemberian makanan bayi dan kanak-kanak 2).



4. Ketahanan Pangan

Respons ketahanan pangan harus memenuhi kebutuhan jangka pendek, “tidak berdampak buruk”, mengurangi kebutuhan bagi penduduk yang terkena dampak untuk mengadopsi strategi penanganan yang berpotensi merusak dan berkontribusi untuk memulihkan ketahanan pangan jangka panjang.

Penilaian yang akurat memeriksa kesesuaian dan kelayakan pilihan respons potensial (lihat Standar Pengkajian Ketahanan Pangan dan Gizi standar 1). Respons ketahanan pangan di bagian ini dikelompokkan menjadi standar untuk ketahanan pangan umum, pemberian pangan, pemberian uang tunai dan kupon bantuan, tindakan tanggap darurat untuk pemulihan sumber mata pencarian. Apabila pangan dibutuhkan, formulir yang tepat untuk pemberian harus dipertimbangkan dan keranjang pangan dipilih dengan hati-hati untuk kedua bentuk pemberian, baik dalam bentuk kupon bantuan. Respons mata pencarian meliputi produksi utama, pendapatan dan pekerjaan, dan akses pasar terhadap barang dan jasa.

Pemberian uang tunai dan kupon bantuan dapat digunakan untuk berbagai barang atau jasa dalam ketahanan pangan. Memahami kapasitas pasar dan modalitas yang tepat untuk pengiriman sangat penting untuk merancang intervensi ketahanan pangan.

Standar ketahanan pangan mempertimbangkan sumber daya untuk memenuhi kebutuhan pangan baik penduduk maupun peningkatan kebutuhan orang-orang tertentu yang rentan pada risiko gizi. Sampai kebutuhan ini terpenuhi, tindakan apa pun yang ditujukan untuk penanganan kurang gizi akan memiliki dampak yang terbatas sebab mereka yang telah pulih dari kurang gizi akan kembali ke konteks asupan makanan yang tidak memadai dan status gizi mereka kemungkinan akan kembali memburuk.

Penentuan sasaran, penyampaian, dan metode penyaluran harus mengurangi risiko terjadinya kesalahan inklusi dan eksklusi. Ini termasuk bahwa risiko pangan, uang tunai ataupun bentuk bantuan lainnya dapat saja disalahgunakan oleh mereka yang terlibat pertempuran. Adalah penting bahwa intervensi terhadap ketahanan pangan tidak diselewengkan untuk memperburuk kondisi konflik.

Standar ketahanan pangan 1: Ketahanan Pangan Umum

Setiap orang memiliki hak untuk mendapatkan bantuan kemanusiaan yang menjamin kelangsungan hidup mereka dan menjunjung tinggi martabat mereka, dan sejauh mungkin mencegah penurunan atau pun hilangnya aset mereka serta sedapat mungkin membantu ketahanan mereka.

Aksi kunci (dibaca bersama dengan Catatan Panduan)

- Rancangan respons awal untuk memenuhi kebutuhan mendesak (lihat Catatan Panduan 1).
- Pertimbangkan untuk melakukan langkah-langkah yang mendukung, melindungi, dan mempromosikan ketahanan pangan (lihat Catatan Panduan 2).
- Berdasarkan tanggapan atas pada analisis kebutuhan, manfaat yang akan didapatkan oleh penduduk terkena bencana, risiko terkait dan biaya, dan strategi bertahan masyarakat (lihat Catatan Panduan 3).
- Mengembangkan strategi transisi dan strategi keluar untuk semua respons terhadap bencana, meningkatkan kesadaran mereka dan menerapkannya sebagaimana mestinya (lihat Catatan Panduan 4).
- Pastikan bahwa penerima manfaat memiliki akses kepada dukungan yang tepat, termasuk pengetahuan yang diperlukan, keterampilan dan layanan jasa (lihat Catatan Panduan 5).
- Melindungi dan melestarikan lingkungan alam dari kerusakan lebih lanjut dalam kegiatan tanggap darurat (lihat Catatan Panduan 6).
- Pengawasan untuk menentukan tingkat penerimaan dan akses untuk intervensi oleh kelompok-kelompok yang berbeda dan individu dan memastikan cakupan keseluruhan penduduk yang terkena bencana tanpa perbedaan (lihat Catatan Panduan 7).
- Evaluasi untuk mengukur dampak dari tindakan tanggap darurat terhadap perekonomian lokal, jejaring sosial, sumber mata pencarian dan lingkungan alam, dan memastikan temuan secara efektif bersama dan digunakan untuk memengaruhi segala intervensi lebih lanjut (lihat Catatan Panduan 8).

Indikator kunci (dibaca bersama dengan Catatan Panduan)

- Semua orang yang terkena dampak bencana yang membutuhkan respons ketahanan pangan memenuhi kebutuhan utama mereka, mencegah pengurangan aset mereka, memberikan mereka pilihan dan meningkatkan martabat mereka.
- Rumah tangga tidak menggunakan strategi bertahan yang negatif (lihat Catatan Panduan 3).
- Pilihan atas uang tunai, kupon bantuan atau kombinasi keduanya didasarkan atas analisis dan evaluasi (lihat Standar Ketahanan Pangan –pemberian uang tunai dan kupon bantuan 1).



Catatan Panduan

1. ***Memprioritaskan tindakan penyelamatan kehidupan:*** penyaluran pangan, uang tunai dan kupon bantuan atau kombinasi dari respons awal ini adalah yang paling umum dilakukan dalam konteks kerawanan pangan akut. Jenis tindakan tanggap darurat lain juga dapat dipertimbangkan, termasuk pemberian subsidi pangan, keringanan biaya sementara, program kerja, dukungan produktif untuk sumber mata pencarian, penyediaan kembali persediaan pangan, penyediaan pangan untuk ternak dan dukungan untuk mengaktifkan pasar kembali. Apabila pasar dapat berfungsi dan dapat diakses serta tidak ada risiko inflasi serius, prioritas mungkin dapat diarahkan untuk membangun kembali pangaturan pasar secara normal dan revitalisasi kegiatan perekonomian lain yang dapat menyediakan pekerjaan (lihat Bagian Intervensi Pasar dan Ketahanan Pangan di rujukan dan bacaan lanjutan). Strategi tersebut dapat saja lebih tepat daripada pemberian pangan jika strategi tersebut menawarkan keuntungan untuk mendukung sumber mata pencarian, mengurangi kerentanan di masa depan dan menegakkan martabat orang-orang yang selamat. Lembaga-lembaga kemanusiaan harus mempertimbangkan tindakan apa saja yang bisa dilakukan untuk memastikan bahwa tindakan tanggap darurat yang dilakukan dapat memberikan dukungan dan layanan yang saling melengkapi.
2. ***Dukungan, perlindungan, dan promosi ketahanan pangan:*** ini mencakup berbagai tindakan tanggap darurat dan advokasi, di mana pemenuhan kebutuhan dasar dengan segera dan memelihara aset produktif menjadi prioritas utama selama masa-masa awal setelah kejadian bencana, tindakan tanggap darurat harus direncanakan dengan perspektif jangka panjang dan menyatu dengan tindakan tanggap darurat sektor lainnya. Dalam jangka pendek, respons tersebut mungkin belum dapat mencapai ketahanan pangan dari strategi mata pencarian masyarakat itu sendiri. Meskipun demikian, strategi yang ada dapat mendukung upaya membangun ketahanan pangan dan menjaga martabat masyarakat sebagai penerima dukungan. Tindakan tanggap darurat untuk ketahanan pangan harus mencegah penurunan aset komunitas, dan mengarah pada pemulihan aset yang hilang melalui upaya ketahanan terhadap ancaman dan bencana di masa datang.
3. ***Risiko yang terkait dengan strategi bertahan:*** strategi bertahan berkontribusi pada ketahanan pangan dan martabat komunitas harus didukung. Meskipun demikian, strategi bertahan dapat saja menimbulkan biaya dan mengakibatkan risiko yang dapat meningkatkan kerentanan (lihat Standar pengkajian ketahanan pangan dan gizi 1). Risiko harus dikenali secepat mungkin dan intervensi awal harus segera dilakukan untuk mendukung orang-orang agar menghindari risiko tersebut. Sebagai contoh, pemberian kayu bakar dan/atau kompor hemat bahan bakar dan menghindari penggunaan sumber daya alam yang berlebihan dan perjalanan ke daerah yang tidak aman; hibah tunai dapat menghindari penjualan aset dan tanah (lihat Prinsip Perlindungan 1).

4. **Strategi transisi dan strategi keluar** harus dipertimbangkan sejak awal, terutama apabila tindakan tanggap darurat mungkin berakibat jangka panjang, misalnya penyediaan layanan gratis untuk layanan yang biasanya harus dibayar, seperti layanan untuk kesehatan hewan, mungkin akan sangat sulit untuk melanjutkan layanan ini bila harus dibayar. Sebelum menutup program atau membuat transisi ke tahap yang baru, harus ada bukti bahwa terjadi perbaikan atau pelaku yang lebih baik akan ditempatkan untuk dapat mengambil tanggung jawab tersebut. Untuk pembagian pangan, uang tunai dan/atau kupon bantuan, dapat berarti menghubungkannya dengan jaring pengaman sosial jangka panjang yang sudah ada atau melakukan advokasi kepada pemerintah mau pun donor untuk membangun sistem untuk mengatasi kerawanan pangan menahun.
5. **Akses pada pengetahuan, ketrampilan, dan layanan:** struktur organisasi harus dirancang dan direncanakan bersama-sama dengan pengguna, agar sesuai dengan kebutuhan dan dapat dikembangkan lebih lanjut. Beberapa individu memiliki kebutuhan khusus, misalnya anak-anak yatim akibat orang tua yang terjangkit AIDS dapat kehilangan informasi dan tidak mendapatkan keterampilan yang diberikan pada sebuah keluarga, yang dapat disediakan oleh layanan yang tepat.
6. **Dampak lingkungan:** sumber daya alam dasar yang digunakan untuk produksi dan sumber mata pencarian penduduk yang terkena bencana harus tetap dipelihara. Dampak terhadap lingkungan harus dipertimbangkan selama proses kajian dan perencanaan tindakan tanggap darurat. Misalnya orang-orang yang tinggal di kamp membutuhkan bahan bakar untuk memasak, yang dapat mempercepat proses penggundulan hutan. Pembagian pangan dengan waktu memasak yang lama akan membutuhkan bahan bakar untuk memasak lebih banyak, ini berpotensi memberi pengaruh buruk terhadap lingkungan (lihat Standar Ketahanan Pangan –pembagian pangan 2). Tindakan tanggap darurat juga dapat membantu memulihkan lingkungan rusak. Misalnya penyimpanan cadangan pangan dapat mengurangi tekanan pada padang rumput di musim kemarau, sehingga dapat membuat rumput lebih tersedia untuk kebutuhan bertahan hidup ternak. Jika memungkinkan, tindakan tanggap darurat harus membangun kapasitas masyarakat untuk mengelola sumber daya alam, terutama saat memasok bahan pangan. Risiko tindakan tanggap darurat yang dapat menyebabkan atau memperburuk kerusakan sumber daya alam dapat juga memicu konflik, sehingga sangat perlu untuk dikaji dan diperhatikan (lihat Prinsip Perlindungan 1).
7. **Cakupan, akses, dan penerimaan terhadap kegiatan:** jumlah penerima manfaat dan karakteristik mereka harus dikaji, dipisahkan berdasarkan jenis kelamin dan usia, dan diperkirakan sebelum menentukan tingkat partisipasi dari setiap kelompok yang berbeda (berikan perhatian khusus pada kelompok rentan). Partisipasi sebagian ditentukan oleh kemudahan akses dan penerimaan kegiatan oleh penerima manfaat. Meskipun beberapa respons ketahanan pangan didasarkan untuk pemulihan



ekonomi secara aktif, tindakan tersebut tidak boleh diskriminatif dan harus dapat diakses oleh kelompok rentan dan orang-orang yang memiliki tanggungan, termasuk anak-anak. Berbagai kendala dapat saja membatasi partisipasi, termasuk mengurangi kapasitas untuk bekerja, beban kerja yang berat di rumah, kehamilan, merawat dan memberi makan anak-anak, orang sakit dan orang yang berkebutuhan khusus. Kendala tersebut dapat diatasi dengan melibatkan identifikasi kegiatan yang dapat membangun kapasitas kelompok ataupun dengan mengembangkan dukungan yang tepat. Mekanisme penetapan sasaran harus berdasarkan pada seleksi di dalam kelompok tersebut – seleksi harus ditetapkan setelah konsultasi penuh dengan semua kelompok yang ada di dalam masyarakat (lihat Prinsip Perlindungan 2).

8. **Pengawasan dan evaluasi:** perlu dilakukan untuk memantau situasi ketahanan pangan yang lebih luas agar dapat menilai relevansi dari kegiatan yang dilakukan, menentukan saat untuk pindah ke tahapan kegiatan tertentu, memperkenalkan modifikasi atau proyek-proyek baru dan melakukan identifikasi bila ada kebutuhan untuk melakukan advokasi. Evaluasi untuk mengukur kesesuaian, keterkaitan, koherensi, efisiensi, efektivitas dan dampak harus dilakukan berdasarkan pada kriteria yang ditetapkan oleh *Development Assistance Committee* (Komite Bantuan Pembangunan) yang dicatat oleh OECD.

4.1 Ketahanan Pangan – Pembagian Pangan

Tujuan pembagian pangan untuk memastikan bahwa orang-orang memiliki akses yang aman untuk mendapatkan pangan dengan mutu dan jumlah yang memadai, dan memiliki sarana untuk mempersiapkan dan mengonsumsinya dengan aman.

Pembagian pangan umum (gratis) dapat diperkenalkan apabila dibutuhkan, ditujukan bagi mereka yang paling membutuhkan pangan, dan pembagian harus dihentikan apabila kemampuan penerima manfaat telah kembali pulih untuk memproduksi dan mengakses sendiri kebutuhan pangannya. Penerima manfaat mungkin membutuhkan perubahan bantuan dalam bentuk lain, seperti pembagian bersyarat dan tindakan tanggap untuk memulihkan sumber mata pencarian. Mungkin dibutuhkan pangan tambahan untuk setiap ransum umum untuk individu berisiko (misalnya anak-anak berumur 6–59 bulan dan wanita hamil dan menyusui). Hal ini dapat menjadi jejaring pengaman atau ditargetkan tergantung pada konteksnya (lihat Standar pengelolaan kurang gizi akut dan kekurangan zat gizi mikro).

Baik untuk pemberian pangan umum maupun makanan tambahan, sebaiknya dilakukan dengan sedapat mungkin menggunakan rasio kebutuhan rumah tangga. Pemberian makanan di lokasi dapat dilakukan hanya jika orang-

orang di lokasi tersebut tidak memiliki sarana untuk memasak (segera setelah terjadi bencana atau selama pergerakan penduduk), apabila ketidakamanan dapat menyebabkan risiko bagi pembawa ransum untuk dibawa pulang atau pembagian pangan darurat di sekolah (meskipun jatah untuk rumah tangga dapat juga dibagikan di sekolah).

Supply chain management (SCM) atau pengelolaan rantai pasokan harus sangat kuat dan dapat dipertanggungjawabkan – sebab hidup dapat saja menjadi taruhannya dan pangan adalah hal yang paling penting di saat kondisi tanggap darurat. Sistem pengiriman dan penyaluran harus diawasi di setiap tahapan, termasuk di tingkat komunitas, dan transparansi melalui komunikasi yang efektif dapat memainkan peran kunci. Evaluasi berkala harus menyebarluaskan temuan-temuan dan mendiskusikannya dengan para pemangku kepentingan, termasuk penduduk yang terkena dampak dan organisasi lokal yang ada.

Standar Ketahanan Pangan –pembagian pangan 1: Kebutuhan Gizi Umum

Memastikan kebutuhan gizi penduduk yang terkena bencana – termasuk yang paling berisiko, dapat terpenuhi

Aksi kunci (dibaca bersama dengan Catatan Panduan)

- Gunakan tingkat akses yang memadai terhadap jumlah dan mutu makanan untuk menentukan apakah situasi stabil atau cenderung akan menurun (lihat Catatan Panduan 1, 4–5).
- Rancangan pembagian pangan berdasarkan standar perencanaan awal untuk energi, protein, lemak, dan zat gizi mikro, disesuaikan dengan kebutuhan situasi lokal (lihat Indikator kunci, Catatan Panduan 2, dan Lampiran 6: Kebutuhan gizi).
- Menjamin akses masyarakat terhadap makanan bergizi yang sesuai dan dukungan gizi agar dapat terlindungi, dipromosikan, dan didukung (lihat Catatan Panduan 3–8).
- Memastikan anak usia 6–24 bulan memiliki akses pada gizi, makanan pendamping padat energi dan perempuan hamil dan menyusui memiliki akses untuk dukungan makanan tambahan (lihat Catatan Panduan 2).
- Memastikan rumah tangga dengan anggota yang menderita sakit kronis, termasuk ODHA, dan anggota keluarga dengan gangguan atau kerentanan tertentu memiliki akses untuk mendapatkan makanan yang bergizi dan dukungan gizi yang memadai (lihat Catatan Panduan 6–8).

Indikator kunci (dibaca bersamaan dengan Catatan Panduan)

- Ada akses yang memadai untuk berbagai jenis makanan, termasuk makanan pokok (biji-bijian atau umbi), produk hewani dan sumber lemak,



yang secara bersama-sama memenuhi persyaratan gizi (lihat Catatan Panduan 2–3, 5).

- Ada akses yang memadai untuk mendapatkan garam beryodium bagi mayoritas (>90 persen) rumah tangga (lihat Catatan Panduan 2–4 dan Lampiran 6: Persyaratan gizi).
- Ada akses yang memadai untuk mendapatkan sumber tambahan niasin (misalnya, kecambah, kacang-kacangan, ikan kering) apabila bahan pangan pokok adalah jagung atau sorgum (lihat Catatan Panduan 2–3 dan Lampiran 5: Ukuran Pentingnya Kurang Zat Gizi Mikro dalam Kesehatan Masyarakat dan 6: Kebutuhan gizi).
- Ada akses yang memadai terhadap sumber-sumber tambahan tiamin (misalnya kecambah, kacang-kacangan, telur) apabila bahan pangan pokok adalah beras giling (lihat Catatan Panduan 2–3).
- Ada akses yang memadai terhadap sumber-sumber riboflavin apabila masyarakat tergantung pada sumber pangan yang sangat terbatas (lihat Catatan Panduan 2–3).
- Tidak ada penyakit kudis, beri-beri, pellagra, atau kekurangan riboflavin (lihat Catatan Panduan 5 dan Lampiran 5: Ukuran Pentingnya Kurang Zat Gizi Mikro dalam Kesehatan Masyarakat).
- Prevalensi terhadap kekurangan vitamin A, anemia, sebagai akibat kekurangan zat besi dan kekurangan yodium bukan merupakan kesehatan masyarakat yang bermakna (lihat Catatan Panduan 5 dan Lampiran 5: Ukuran Pentingnya Kurang Zat Gizi Mikro dalam Kesehatan Masyarakat).

Catatan Panduan

1. **Mengukur akses untuk mendapatkan pangan:** akses terhadap pangan dapat diukur dengan menggunakan alat analisis seperti nilai konsumsi makanan, alat keanekaragaman diet. Pendekatan yang dipertimbangkan sejumlah variabel termasuk ketahanan pangan, akses pada pasar, mata pencarian, kesehatan dan gizi mungkin dapat digunakan untuk menentukan apakah situasi stabil atau menurun dan jika intervensi makanan diperlukan (lihat Standar Ketahanan Pangan dan gizi 1).
2. **Kebutuhan gizi dan perencanaan ransum:** perkiraan berikut digunakan untuk kebutuhan minimum penduduk yang harus digunakan untuk perencanaan umum, dengan jumlah yang disesuaikan untuk setiap penduduk seperti yang dijelaskan dalam Lampiran 6: Kebutuhan Gizi:
 - 2.100 kkal/orang/hari
 - 10 persen dari total energi protein yang tersedia
 - 17 persen dari total energi lemak yang tersedia
 - Asupan zat gizi mikro yang cukup

Jatah pangan umum dapat dirancang dengan menggunakan alat perencanaan ransum (misalnya NutVal). Apabila orang tidak memiliki akses terhadap pangan sama sekali, rasio pembagian harus memenuhi persyaratan gizi total. Perkiraan yang disepakati harus ditetapkan

berdasarkan jumlah rata-rata makanan yang dapat diakses oleh penduduk yang terkena dampak bencana (lihat Standar Ketahanan Pangan dan gizi 1). Ransum harus direncanakan untuk memperjelas perbedaan antara kebutuhan gizi dan apa saja yang dapat disediakan secara mandiri oleh penduduk tersebut. Sehingga, jika persyaratan standar adalah 2.100 kkal/orang/hari dan hasil penilaian menentukan bahwa orang-orang dalam masyarakat sasaran biasanya rata-rata menerima 500 kkal/orang/hari dari hasil usaha atau sumber daya mereka sendiri, maka ransum harus dirancang untuk menyediakan $2.100 - 500 = 1.600$ kkal/orang/hari. Selain pertimbangan kandungan energi dari makanan, pertimbangan protein, lemak, vitamin, dan mineral dalam perencanaan pangan juga penting.

Jika rasio yang dirancang untuk memberikan semua kebutuhan zat gizi, maka ransum tersebut harus berisi semua gizi yang dibutuhkan. Jika rasio yang dimaksudkan menyediakan hanya sebagian dari kebutuhan energi yang dibutuhkan, maka dapat pula dirancang satu atau dua pendekatan lainnya. Jika kandungan gizi yang bersumber dari pangan lainnya yang tersedia untuk penduduk **tidak diketahui**, rasio harus dirancang untuk memberikan kandungan gizi seimbang yang sebanding dengan kandungan energi ransum.

Jika kandungan gizi pangan lain yang tersedia untuk penduduk diketahui, rasio dapat dirancang untuk melengkapi pangan yang tersedia dengan mengisi kesenjangan gizi. Perencanaan angka rata-rata untuk jatah umum harus memperhitungkan kebutuhan tambahan dari wanita hamil dan menyusui. Makanan yang memadai dan dapat diterima untuk kanak-kanak harus dimasukkan ke dalam ransum umum, seperti makanan campuran yang dihaluskan (lihat Standar pemberian makanan bayi dan kanak-kanak 2). Kesetaraan akses harus dipastikan sehingga ransum makanan serupa juga diberikan kepada penduduk yang terkena dampak dan subkelompok penduduk. Perencana harus menyadari bahwa skala ransum yang berbeda di masyarakat dapat mengakibatkan ketegangan. Konsumsi zat gizi mikro yang berlebihan dapat berbahaya dan perencanaan ransum perlu mempertimbangkan beberapa hal terutama jika produk makanan campuran yang dihaluskan juga harus dimasukkan ke dalam ransum tersebut.

3. **Mencegah kurang gizi akut dan kekurangan zat gizi mikro:** jika indikator kunci makanan dapat terpenuhi maka memburuknya status gizi masyarakat dapat dicegah, tersedianya tindakan masyarakat di lokasi tersebut juga dapat mencegah penyakit seperti campak, malaria, dan infeksi parasit (lihat Standar Layanan Kesehatan Dasar –Pengendalian penyakit menular 1–2). Memastikan kandungan gizi yang memadai pada ransum bantuan pangan mungkin akan sedikit sulit bila harus dilakukan di dalam situasi ketika jenis makanan yang tersedia sangat terbatas. Pilihan untuk meningkatkan mutu gizi ransum termasuk ketersediaan bahan pangan pokok termasuk bahan pangan campuran yang sudah dihaluskan, dimasukkannya komoditas lokal yang dapat dibeli di lokasi



setempat untuk melengkapi gizi yang hilang dan/atau penggunaan produk suplemen makanan berbasis-lemak, gizi-padat, pangan siap makan, atau tablet zat gizi mikro atau bubuk. Produk ini mungkin didasarkan pada perorangan yang rentan seperti kanak-kanak berusia 2–24 atau 6–59 bulan atau perempuan hamil dan menyusui. Pengecualian dapat diberikan apabila makanan kaya gizi tersedia di lokasi tersebut, meningkatnya jumlah makanan untuk kebutuhan ransum umum memungkinkan untuk mempertimbangkan lebih banyak pertukaran makanan, namun perlu juga dipertimbangkan efektivitas biaya dan dampaknya pada pasar. Pilihan lain yang juga dapat dipertimbangkan untuk mencegah kekurangan gizi mikro mencakup langkah-langkah ketahanan pangan untuk mempromosikan akses pada makanan yang bergizi (lihat Standar ketahanan pangan dan gizi 1) dan Standar ketahanan pangan – Mata Pencarian 1 – 2). Kehilangan zat gizi mikro yang dapat terjadi selama proses pengangkutan, penyimpanan, pengolahan dan saat dimasak, dan ketersediaan senyawa biokimia yang berbeda dari vitamin dan mineral juga harus diperhitungkan.

4. ***Pemantauan penggunaan ransum makanan:*** indikator kunci menjelaskan akses ke makanan namun tidak mengukur pemanfaatan makanan maupun ketersediaan gizi hayati. Pengukuran asupan gizi secara langsung dapat menghasilkan pengumpulan informasi yang realistis. Meskipun demikian, penggunaan dapat diperkirakan secara tidak langsung dengan menggunakan informasi yang dikumpulkan dari berbagai sumber. Sumber-sumber ini mungkin termasuk pemantauan ketersediaan pangan dan penggunaan di tingkat rumah tangga, menilai harga pangan dan ketersediaannya di pasar lokal, memeriksa rencana dan catatan pembagian bantuan makanan , mengkaji sumbangan makanan dari hutan, dan melakukan kajian ketahanan pangan. Pembagian makanan dalam rumah tangga tidak selalu adil dan hal ini kemungkinan akan berdampak pada kelompok rentan, namun biasanya aspek ini tidak sering diukur. Mekanisme penyaluran yang tepat (lihat Standar Ketahanan Pangan –pembagian pangan), pilihan makanan dan diskusi dengan masyarakat yang terkena dampak bencana dapat membantu pada perbaikan pembagian makanan dalam rumah tangga (lihat Standar Inti 1).
5. ***Usia Lanjut*** dapat sangat dipengaruhi oleh kejadian bencana. Faktor risiko yang mengurangi akses pada pangan dan dapat meningkatkan kebutuhan gizi termasuk penyakit dan kebutuhan khusus, isolasi, psikososial, ukuran keluarga besar, kondisi dingin dan kemiskinan. Orang lanjut usia harus dapat mengakses sumber-sumber makanan (termasuk pembagian makanan) dengan mudah. Makanan harus mudah untuk dipersiapkan dan dikonsumsi serta harus memenuhi persyaratan kebutuhan protein tambahan dan zat gizi mikro untuk orang tua.

- 6. *Orang yang hidup dengan HIV (ODHA)*** mungkin akan menghadapi risiko yang lebih besar dari kekurangan gizi sebagai akibat dari berbagai faktor. Ini termasuk berkurangnya asupan makanan karena kehilangan selera makan atau kesulitan makan, penyerapan zat gizi yang buruk karena diare, parasit, atau kerusakan pada sel-sel usus, perubahan dalam metabolisme, dan infeksi kronis dan penyakit. Kebutuhan energi para ODHA meningkat berdasarkan tahapan infeksi. ODHA perlu memastikan bahwa mereka tetap dapat sehat dan mendapat gizi sesuai kebutuhan untuk sedapat mungkin menunda awal terjadinya AIDS. Makanan yang digiling (dihaluskan) dan ketersediaan cadangan makanan atau pun suplemen makanan yang diperkaya dengan zat gizi, dicampur atau cara penyediaan yang lain dapat meningkatkan akses pada makanan yang memadai. Dalam beberapa situasi mungkin dibutuhkan tindakan untuk meningkatkan akses ke makanan yang memadai. Dalam beberapa situasi mungkin tepat untuk meningkatkan ukuran keseluruhan dari setiap jatah makanan. Pertimbangan harus diberikan untuk penyediaan terapi anti-retroviral (ART) dan gizi pendukung dapat memainkan peran penting dalam toleransi dan kepatuhan terhadap proses pengobatan ini.

- 7. *Orang berkebutuhan khusus (Penyandang cacat):*** di saat bencana, orang berkebutuhan khusus mungkin menghadapi risiko tertentu dipisahkan dari anggota keluarga terdekat dan pengasuhan yang biasa didapatkan. Mereka mungkin juga mungkin harus menghadapi diskriminasi yang memengaruhi akses makanan. Upaya-upaya harus dilakukan untuk menentukan dan mengurangi risiko ini dengan memastikan akses fisik ke pangan, mengembangkan mekanisme untuk dukungan makanan (misalnya penyediaan sendok dan sedotan, mengembangkan sistem kunjungan rumah atau *outreach*), dan menjamin akses ke makanan padat energi dan padat gizi. Risiko gizi khusus termasuk kesulitan mengunyah dan menelan (yang mengarah pada berkurangnya asupan makanan dan tersedak), posisi yang kurang benar di saat makan, berkurangnya mobilitas memengaruhi akses ke makanan dan sinar matahari (memengaruhi status vitamin D), dan sembelit, yang dapat memengaruhi individu misalnya *cerebral palsy*.

- 8. *Pengasuh dan yang diasuh*** mungkin juga menghadapi hambatan gizi tertentu, misalnya mereka mungkin memiliki waktu yang sangat sedikit untuk mengakses makanan karena sakit atau merawat orang sakit, mereka mungkin memiliki kebutuhan yang lebih besar untuk mempertahankan praktik-praktik kebersihan yang mungkin dikompromikan, mereka mungkin saja memiliki aset yang lebih sedikit untuk pertukaran makanan karena biaya perawatan atau pemakaman dan mereka mungkin menghadapi stigma sosial dan akses pada mekanisme dukungan masyarakat. Adalah penting bahwa perawat didukung dan tetap diperhatikan di saat melakukan



perawatan individu; dukungan yang ditawarkan harus mencakup makanan, kebersihan, kesehatan, dan dukungan psikologi dan perlindungan. Jejaring sosial yang ada dapat digunakan digunakan untuk memberikan pelatihan kepada anggota masyarakat terpilih untuk mengambil tanggung jawab di tempat perawatan ini (lihat Prinsip Perlindungan 4).

Ketahanan Pangan – standar pemberian makanan 2: Kecocokan dan penerimaan

Makanan yang disediakan cocok dan dapat diterima sehingga dapat digunakan secara berdaya guna dan tepat guna di tingkat rumah tangga.

Aksi Kunci (dibaca bersama dengan Catatan Panduan)

- Berkonsultasi pada penduduk yang terkena bencana selama pengkajian dan perancangan program mengenai penerimaan, pengenalan dan kecocokan jenis makanan, dan pastikan untuk menginformasikan keputusan pilihan makanan (lihat Catatan Panduan 1).
- Mengkaji kemampuan masyarakat untuk menyimpan makanan, akses mereka terhadap air dan bahan bakar, dan waktu memasak dan persyaratan yang dibutuhkan untuk memilih jenis makanan (lihat Catatan Panduan 2).
- Bila bahan makanan kurang dikenal oleh masyarakat akan disalurkan, perlu diberikan petunjuk tentang proses penyiapan yang tepat kepada orang-orang yang menyiapkan makanan tersebut, sebaiknya menggunakan bahasa lokal (lihat Catatan Panduan 1).
- Jika biji-bijian gandum dibagikan, perlu dipastikan bahwa penerima memiliki penggilingan yang memadai di rumah mereka atau memiliki akses ke fasilitas penggilingan (lihat Catatan Panduan 3).
- Pastikan penduduk yang terkena dampak bencana memiliki akses ke perlengkapan yang digunakan berdasarkan budaya setempat, termasuk bumbu yang digunakan (lihat Catatan Panduan 4).

Indikator kunci (harus dibaca bersama dengan Catatan Panduan)

- Keputusan program harus didasarkan pada keterlibatan penuh dari semua orang yang disasarkan dalam pemilihan makanan (lihat Catatan Panduan 1 dan 4).
- Rancangan program harus memperhitungkan akses pada air, bahan bakar untuk memasak dan peralatan pengolahan makanan (lihat Catatan Panduan 2 – 3).
- Tidak ada distribusi umum susu bubuk atau susu cair atau produk susu sebagai komoditas tunggal (lihat Catatan Panduan 5) .

Catatan Panduan

1. **Pengenalan dan penerimaan:** Di saat nilai gizi adalah pertimbangan utama ketika memilih persediaan makanan, bahan yang dipilih harus dikenali oleh penerima dan konsisten dengan tradisi agama dan budaya setempat, termasuk jenis makanan yang pantang untuk perempuan hamil dan menyusui. Orang-orang yang rentan harus berpartisipasi secara aktif dalam konsultasi pemilihan makanan. Jika makanan yang asing bagi para penerima di gunakan, pilihan makanan tersebut (inklusi dan eksklusivitas) harus dijelaskan. Di saat kondisi bencana menghambat akses ke fasilitas memasak, maka makanan siap saji harus disediakan (lihat juga Standar pemberian makanan bayi dan kanak-kanak 2). Tanpa fasilitas untuk memasak, mungkin tidak ada pilihan untuk menyediakan makanan yang asing bagi masyarakat dan “ransum darurat” khusus juga dapat dipertimbangkan.
2. **Penyimpanan dan persiapan makanan:** Kemampuan komunitas untuk menyimpan makanan harus menjadi patokan untuk memutuskan pilihan makanan. Untuk kebutuhan air, lihat Standar Pasokan Air 1. Pengkajian bahan bakar diperlukan untuk menginformasikan pilihan makanan, perlu dipastikan bahwa penerima manfaat dapat memasak makanan yang cukup untuk menghindari risiko kesehatan dan mencegah kerusakan lingkungan dan memungkinkan risiko ketahanan pangan melalui pengumpulan kayu bakar yang berlebihan (lihat Prinsip Perlindungan 1). Secara umum, makanan yang diberikan seharusnya tidak memerlukan waktu untuk memasak yang lama ataupun jumlah air yang besar. Biji-bijian yang sudah digiling biasanya akan mengurangi waktu memasak dan bahan bakar yang digunakan. Untuk peralatan memasak, lihat Standar Ketahanan Pangan –pemberian makanan 6 dan Standar Bantuan Non-Pangan 3 – 4.
3. **Pengolahan makanan:** Biji gandum memiliki keunggulan tahan lama dan mungkin bernilai tinggi bagi penerimanya. Bila tersedia penggilingan gandum di tingkat rumah tangga ataupun tersedia akses ke penggilingan lokal, biji gandum dapat dibagikan. Fasilitas yang dapat disediakan untuk penggilingan komersial: untuk menghilangkan kuman, minyak, dan enzim (yang menyebabkan tengik) dan dapat memperpanjang masa penyimpanan, meskipun juga mengurangi kadar protein. Penggilingan merupakan masalah yang secara khusus diperhatikan untuk jagung: jagung giling hanya memiliki masa simpan selama enam sampai delapan minggu, sehingga proses penggilingan jagung harus dilakukan tak lama sebelum dikonsumsi. Undang-undang nasional tentang impor dan distribusi sereal gandum harus dijadikan acuan. Biaya penggilingan sampai produk sampai ke penerima harus dipenuhi secara tunai ataupun dengan menggunakan kupon, juga disarankan menggunakan pendekatan penambahan biji maupun penyediaan peralatan penggilingan.



4. **Membudayakan jenis-jenis yang penting:** Pengkajian harus mengidentifikasi bumbu-bumbu yang digunakan sesuai budaya setempat dan bahan makanan lain yang merupakan bahan pangan pokok dalam kebiasaan makan sehari-hari (misalnya rempah-rempah, teh) dan menentukan akses orang per orang untuk mendapatkan bahan tersebut. “Keranjang” makanan harus dirancang sesuai dengan kebutuhan, terutama apabila masyarakat akan menjadi tergantung pada penjatahan makanan untuk jangka waktu yang panjang.
5. **Susu:** Tidak diperbolehkan ada penyaluran susu formula gratis ataupun susu bubuk, susu cair ataupun produk susu sebagai bahan tunggal (termasuk susu yang dimaksudkan untuk dicampur dengan teh) yang diberikan tanpa sasaran penerima yang jelas dalam pembagian makanan umum atau untuk makanan tambahan dibawa pulang ke rumah sebab dapat menyebabkan bahaya kesehatan yang serius. Setiap intervensi yang melibatkan berbagai produk susu harus sesuai dengan Pedoman Operasi di IFE, Kode Internasional Pemasaran BMS dan resolusi WHA yang sesuai (lihat Standar Makanan Bayi dan kanak-kanak 1 – 2).

Standar Ketahanan Pangan –pembagian makanan 3 – Mutu dan Keamanan Makanan

Pembagian makanan harus layak dikonsumsi oleh manusia dengan mutu yang sesuai.

Aksi Kunci (harus dibaca bersama dengan Catatan Panduan)

- Pemilihan makanan harus sesuai dengan standar nasional dari negara penerima dan standar internasional lainnya (lihat Catatan Panduan 1–2).
- Makanan harus disalurkan sebelum tanggal kedaluwarsa atau baik dalam rentang waktu “sebaiknya digunakan” (lihat Catatan Panduan 1).
- Konsultasikan dengan para penerima tentang mutu makanan yang dibagikan dan segera lakukan perbaikan apabila ada masalah yang muncul (lihat Catatan Panduan 3).
- Pilih kemasan yang sesuai dan kokoh, nyaman untuk penanganan, penyimpanan dan distribusi, dan tidak membahayakan bagi lingkungan (lihat Catatan Panduan 4).
- Berikan label dalam bahasa yang sesuai pada setiap paket makanan yang akan disalurkan, tuliskan tanggal produksi dengan jelas, asal produk, tanggal kedaluwarsa untuk makanan yang berpotensi berbahaya dan sertakan juga kandungan gizi dari makanan tersebut (lihat Catatan Panduan 4).
- Transportasi dan penyimpanan makanan harus dalam kondisi yang sesuai, dengan praktik terbaik dalam pengelolaan penyimpanan, dengan pemeriksaan yang sistematis terhadap mutu makanan (lihat Catatan Panduan 5).

Indikator Kunci (harus dibaca bersama dengan Catatan Panduan)

- Semua penerima makanan yang “sesuai dengan tujuan”: untuk keamanan, makanan tidak akan menimbulkan risiko bagi kesehatan; untuk mutu, makanan harus sesuai dengan spesifikasi mutu dan bergizi (lihat Catatan Panduan 1 -2, 4).
- Pemantauan akuntabilitas harus menelusuri semua keluhan penerima manfaat yang diterima dan diselesaikan (lihat Catatan Panduan 3).

Catatan Panduan

1. **Kualitas makanan:** makanan harus sesuai dengan standar makanan dari pemerintah penerima dan/atau standar Codex Alimentarius dalam hal mutu, pengemasan, pelabelan, dan “kesegaran bahan makanan”. Makanan harus selalu “layak untuk dikonsumsi oleh manusia” dan juga harus “sesuai dengan tujuan”. Apabila makanan tidak memiliki kualitas yang dikehendaki, makanan tidak layak dan tidak sesuai dengan tujuan walaupun layak untuk dikonsumsi oleh manusia (misalnya kualitas tepung tidak memungkinkan untuk diproses di tingkat rumah tangga walaupun aman untuk dikonsumsi). Untuk pengujian mutu, contoh harus diambil sesuai dengan rencana pengambilan contoh dan secara sistematis diperiksa oleh lembaga yang terakreditasi untuk menjamin kualitasnya. Setiap kali dibutuhkan, makanan yang dibeli secara impor maupun lokal harus disertai dengan sertifikat *phytosanitary* atau sertifikat inspeksi lainnya. Fumigasi harus menggunakan produk yang sesuai dan mengikuti prosedur yang ketat. Ketika dibutuhkan jumlah besar atau ada keraguan ataupun selisih menyangkut kualitas, maka pelaku survei mandiri harus memeriksa kiriman tersebut. Informasi tentang umur dan mutu kiriman makanan dapat diperoleh dari pemasok bermutu, laporan pengendalian mutu pemeriksaan, label paket dan laporan gudang. Makanan yang tidak layak untuk dibagikan harus dimusnahkan dengan hati-hati (lihat Standar Ketahanan Pangan –pembagian makanan 10) .
2. **Makanan yang dimodifikasi secara genetik:** peraturan nasional tentang penerimaan dan penggunaan makanan hasil rekayasa genetika harus dipahami dan dihormati. Peraturan tersebut harus dipertimbangkan ketika merencanakan pembagian makanan yang kemungkinan besar merupakan makanan impor.
3. **Keluhan dan mekanisme tanggapan:** pelaksana harus memastikan ada mekanisme pengaduan yang memadai dan tersedia mekanisme untuk menanggapi keluhan mutu dan keamanan makanan yang diterima (lihat Standar Inti 1, Catatan Panduan 2).
4. **Kemasan:** Jika memungkinkan, kemasan harus memungkinkan agar dapat disalurkan secara langsung tanpa pengukuran ulang (misalnya menyendok) atau mengemas kembali: ukuran paket yang tepat dapat membantu memastikan standar ransum terpenuhi. Kemasan makanan



tidak boleh membawa pesan politik atau keagamaan atau kerusakan alam. Risiko lingkungan dapat dikurangi dengan memilih kemasan dan pengelolaan paket kosong (seperti karung dan kaleng). Kemasan makanan siap pakai (seperti pembungkus aluminium) mungkin membutuhkan pengawasan khusus untuk pembuangannya.

5. **Daerah penyimpanan** harus kering dan higienis, cukup terlindung dari kondisi cuaca dan tidak terkontaminasi oleh kimia dan bahan berbahaya lainnya. Juga harus terjamin aman dari hama seperti serangga dan tikus (lihat juga Standar Ketahanan Pangan –pembagian makanan 4 dan Standar pengelolaan limbah padat 1).

**Ketahanan Pangan – Standar pembagian makanan 4:
Pengelolaan Rantai Pasokan (*Supply Chain Management - SCM*)**

Bahan dan biaya terkait dikelola dengan baik menggunakan sistem yang tidak memihak, transparan, dan responsif.

Aksi kunci (dibaca bersama dengan Catatan Panduan)

- Membentuk SCM yang terkoordinasi efisien dengan menggunakan kemampuan lokal yang tersedia (lihat Catatan Panduan 1–3).
- Memastikan prosedur yang transparan, adil, dan terbuka bagi pemberian kontrak (lihat Catatan Panduan 1–2, 4).
- Membangun hubungan yang baik dengan para pemasok dan penyedia layanan serta menegakkan pelaksanaan etika (lihat Catatan Panduan 1–2, 4–5).
- Melatih dan mengawasi staf di semua tingkatan sistem SCM untuk memastikan prosedur penyediaan makanan yang berkualitas dan aman terlaksana (lihat Catatan Panduan 5).
- Membuat prosedur akuntabilitas yang tepat termasuk persediaan, pelaporan, dan sistem keuangan (lihat Catatan Panduan 6–8).
- Meminimalkan kerugian, termasuk pencurian, dan menghitung semua kerugian yang terjadi (lihat Catatan Panduan 9–11).
- Memantau dan mengelola jalur makanan sehingga semua tindakan yang mungkin diambil untuk menghindari tindakan ilegal dan gangguan pada proses distribusi, semua pemangku kepentingan mendapatkan informasi secara teratur tentang kinerja rantai pasokan (lihat Catatan Panduan 12–12).

Indikator kunci (harus dibaca bersama dengan Catatan Panduan)

- Makanan dipersiapkan saat menjelang distribusi (lihat Catatan Panduan 1 dan 7).
- Sistem pelacakan bahan, perhitungan persediaan dan sistem pelaporan tersedia sejak awal intervensi (lihat Catatan Panduan 7–8, 11–13).

- Laporan kajian SCM memperlihatkan bukti kajian dan intervensi kemampuan SCM lokal, ketersediaan pangan local, dan infrastuktur logistik lokal (lihat Catatan Panduan 2–3).
- Laporan SCM menunjukkan:
 - Sistem pembuktian transparan, adil dan terbuka untuk pemberian kontrak
 - Bukti dari pemasok atau pengelolaan penyedia layanan dan pelaporan
 - Jumlah dan proporsi staf terlatih
 - Kelengkapan dan keakuratan dokumentasi
 - Kerugian diminimalkan dan dipertahankan kurang dari 2 persen dari semua makanan yang dicatat
 - Analisis jalur reguler dan pemangku kepentingan terkait mendapatkan informasi tentang jalur makanan dan rantai pasokan.

Catatan Panduan

1. **Pengelolaan rantai pasokan (SCM)** adalah pendekatan logistik terpadu. Dimulai dengan pilihan bahan, termasuk melakukan pencarian, pengadaan, jaminan kualitas, pengemasan, pengiriman, transportasi, pergudangan, pengelolaan persediaan, dan asuransi. SCM melibatkan berbagai mitra, dan mengkoordinasikan kegiatan dengan berbagai mitra (lihat Standar Inti 2). Pengelolaan dan pengawasan pelaksanaan harus memastikan bahwa bahan dalam kondisi aman sampai di titik penyaluran. Namun, lembaga-lembaga kemanusiaan juga bertanggung jawab agar makanan tersebut dapat diterima oleh para penerima manfaat dalam kondisi layak (lihat Standar Ketahanan Pangan –pembagian makanan 5–).
2. **Menggunakan layanan lokal:** suatu penilaian harus dibuat untuk mengkaji ketersediaan dan keandalan kemampuan lokal sebelum memutuskan untuk menggunakan sumber daya dari luar daerah. Perlu kehati-hatian untuk memastikan bahwa sumber daya lokal tidak menyebabkan atau memperburuk permusuhan atau pun membuat kondisi lebih berbahaya bagi masyarakat setempat. Penyedia layanan angkutan dan ekspedisi lokal dan regional yang dapat dipercaya harus memiliki pengetahuan tentang peraturan-peraturan setempat, prosedur mau pun fasilitasnya, dan dapat membantu untuk memastikan dipatuhinya hukum negara setempat dalam pelaksanaan pengiriman. Di dalam situasi konflik, pemeriksaan terhadap penyedia layanan lebih diperketat.
3. **Sumber lokal versus impor:** ketersediaan barang-barang lokal, dan implikasi untuk produksi lokal dan sistem pasar makanan, baik itu bersumber dari pasar lokal maupun impor termasuk kelestarian lingkungan harus terlebih dahulu dikaji (lihat Standar Ketahanan Pangan –matapencarian 1 dan 3). Pasar yang dirangsang dan didukung melalui pembelian makanan secara lokal maupun regional; data memberikan insentif bagi petani untuk



memproduksi lebih banyak dan membantu meningkatkan ekonomi lokal. Apabila beberapa organisasi terlibat, sumber lokal harus dikoordinasikan sedapat mungkin. Sumber daya di dalam negeri dapat mencakup pinjaman atau realokasi dari program penyediaan pangan yang sudah ada (perjanjian dengan donor mungkin akan diperlukan) atau cadangan gandum nasional, atau pinjaman, atau pertukaran (barter) dengan pemasok komersial.

4. ***Ketidakberpihakan***: prosedur kontrak yang adil dan transparan sangat penting untuk menghindari kecurigaan pilih kasih atau pun korupsi. Kinerja penyedia layanan harus dievaluasi dan diperbarui.
5. ***Keterampilan dan pelatihan***: pelaku SCM yang berpengalaman dan manajer program harus dimobilisasi untuk mengatur sistem SCM dan pergantian staf. Keahlian khusus yang dibutuhkan antara lain pengelolaan kontrak, pengelolaan gudang dan transportasi, pengelolaan persediaan, analisis dan pengelolaan informasi, pelacakan pengiriman dan pengelolaan impor. Di saat pelatihan dilakukan, staf organisasi dan penyedia layanan yang menggunakan bahasa lokal harus terlibat aktif.
6. ***Makanan tidak digunakan untuk melakukan pembayaran***: penggunaan pangan untuk membiayai operasi logistik, seperti bongkar gudang dan pendistribusian harus dihindari. Jika pembayaran tunai tidak memungkinkan dan pangan yang digunakan, penyesuaian harus dilakukan agar jumlah makanan yang dikirim untuk disalurkan sesuai dengan yang direncanakan sehingga rencana jumlah semula tetap dapat mencapai penerima yang disasar.
7. ***Pelaporan (termasuk kluster logistik dan antar-lembaga)***: sebagian besar donor makanan memiliki persyaratan khusus dan pengelola rantai makanan yang harus mengetahui persyaratan tersebut dan mengembangkan sistem untuk memenuhi persyaratan tersebut. Pengelolaan kebutuhan sehari-hari termasuk pelaporan segera keterlambatan atau penyimpanan dalam rantai pasokan. Rantai informasi dan laporan SCM harus disebarluaskan secara terbuka.
8. ***Dokumentasi*** : dokumentasi dan format (*waybills*, buku informasi saham, format laporan) harus tersedia dalam bahasa lokal di semua lokasi barang akan diterima, disimpan dan/atau dikirim, untuk mengelola dan mendokumentasikan audit dari setiap transaksi yang dilakukan.
9. ***Pergudangan*** : gudang khusus untuk makanan lebih baik bila menggunakan fasilitas bersama namun pengelolaan yang baik dapat meminimalkan risiko yang mungkin ada. Di saat akan memilih suatu gudang, harus dikaji terlebih dahulu bahwa tidak ada barang-barang berbahaya (beracun) yang pernah disimpan di dalam gudang tersebut dan tidak ada bahaya pencemaran. Faktor-faktor yang perlu diperhatikan adalah termasuk keamanan, kemampuan, kemudahan akses, struktur

bangunan yang kuat (atap, pintu, lantai) dan tidak adanya ancaman banjir di lokasi gudang tersebut.

10. **Pemusnahan bahan yang tidak layak untuk dikonsumsi oleh manusia:** bahan yang rusak harus diperiksa oleh pengawas yang memiliki izin (misalnya ahli keamanan pangan dan laboratorium kesehatan masyarakat) untuk mengesahkan makanan tersebut layak dan cocok untuk dikonsumsi oleh manusia. Pemusnahan harus dilakukan dengan cepat sebelum makanan tersebut menjadi berbahaya bagi kesehatan. Metode pemusnahan bahan yang tidak layak termasuk penjualannya untuk pakan ternak dan penguburan/pembakaran resmi dan disaksikan oleh pihak berwenang. Sertifikasi harus diperoleh apabila bahan yang akan dibuang tersebut akan digunakan untuk pakan ternak. Dalam semua kondisi, bahan yang tidak layak tidak boleh lagi digunakan atau masuk ke dalam rantai makanan manusia dan proses pemusnahannya harus dilakukan dengan tidak merusak lingkungan atau pun mencemari sumber air bersih.
11. **Ancaman terhadap rantai pasokan:** dalam situasi konflik bersenjata atau kerawanan umum, ada bahaya di mana makanan akan dijarah atau diambil paksa oleh pihak yang bertikai. Ada risiko keamanan rute transportasi dan pengelolaan gudang. Ada potensi pencurian di semua tahap rantai pasokan. Untuk meminimalkan risiko harus dibentuk sistem pengawasan dan pengawasan untuk semua penyimpanan, pembagian, dan penyaluran. Sistem pengawasan internal harus dapat memastikan pembagian tanggung jawab untuk mengurangi risiko kolusi. Persediaan harus diperiksa secara teratur untuk mendeteksi pengalihan makanan secara tidak sah. Tindakan harus diambil tidak saja untuk memastikan integritas dari rantai pasokan, tetapi juga menganalisis implikasi politik dan keamanan yang lebih luas, seperti kemungkinan pengalihan persediaan pangan yang dapat memicu konflik bersenjata (lihat Prinsip Perlindungan 1).
12. **Analisis jalur pemasok** harus dilakukan secara teratur dan informasi yang relevan mengenai tingkat stok, diharapkan kedatangan dan penyaluran bersama antara pemangku kepentingan yang terlibat dalam seluruh rantai pasokan. Pelacakan dan perkiraan tingkat persediaan harus dilakukan untukantisipasi kekurangan dan masalah waktu untuk menemukan pemecahan. Berbagi informasi di antara mitra dapat digunakan untuk memfasilitasi peminjaman untuk mencegah putusnya jalur pemasok. Putusnya jalur pemasok mungkin tidak dapat dihindari apabila sumber daya tidak memadai. Dalam kasus tersebut, prioritas jenis yang dipilih di dalam keranjang pangan mungkin perlu direncanakan ketika membuat perencanaan sumber daya (misalnya memilih apa yang harus dibeli) dengan uang yang tersedia. Konsultasi dan pemecahan masalah harus dilakukan dengan berbagai pihak, hal ini termasuk keputusan untuk mengurangi jumlah keseluruhan ransum atau pun mengurangi atau



mengeluarkan jenis makanan yang tidak dapat diakses oleh masyarakat (secara fisik mau pun ekonomi).

13. **Penyediaan informasi:** Informasi yang relevan harus diberikan kepada pemangku kepentingan untuk menghindari kesalahpahaman. Penggunaan media lokal, metode tradisional untuk menyebarkan berita dan teknologi yang dilakukan sekarang ini (ponsel, sms, e-mail) harus dianggap sebagai salah satu cara untuk memberikan informasi dan menerima informasi secara terbuka dengan para pejabat setempat dan para penerima informasi lainnya.

Standar Ketahanan Pangan –pembagian pangan 5: sasaran dan penyaluran

Metode penyaluran makanan untuk tanggap darurat dilakukan dengan tepat waktu, transparan dan aman, mendukung martabat dan sesuai dengan kondisi setempat.

Aksi kunci (dibaca bersama dengan Catatan Panduan)

- Mengidentifikasi sasaran penerima makanan berdasarkan kebutuhan, konsultasi dengan para pihak terkait (lihat Catatan Panduan 1–2).
- Metode penyaluran pangan dan rancangan yang efisien, yang dapat mendukung martabat penerima bantuan dilakukan dengan konsultasi bersama organisasi-organisasi mitra, kelompok-kelompok lokal, dan penerima bantuan. Proses perencanaan harus dilakukan dengan partisipasi aktif perempuan dan perwakilan para penyandang cacat, orang tua, dan orang-perorangan yang mobilitasnya terbatas (lihat Catatan Panduan 1–4).
- Konsultasi dengan para pihak lokal harus dilakukan untuk menentukan titik penyaluran yang sesuai yang dapat diakses dengan mudah dan aman untuk penerima bantuan (lihat Catatan Panduan 5–6).
- Memberikan informasi tentang rencana penyaluran dan jumlah dari ransum makanan kepada penerima bantuan (lihat Catatan Panduan 7–8).
- Memantau dan mengevaluasi kinerja penyaluran pangan yang disasar (lihat Catatan Panduan 9).

Indikator kunci (harus dibaca bersama dengan Catatan Panduan)

- Kriteria penyasaran harus didasarkan pada analisis mendalam tentang kerentanan (lihat Catatan Panduan 1).
- Cara penentuan sasaran yang disepakati antara penduduk yang terkena bencana (lihat Catatan Panduan 1–2).
- Tersedianya model penyaluran yang relevan untuk mendukung orang-perorangan dengan mobilitas yang kurang (lihat Catatan Panduan 3–4).
- Penerima tidak harus berjalan lebih dari 10 kilometer ke lokasi distribusi, misalnya tidak lebih dari 4 jam berjalan kaki (lihat Catatan Panduan 5).

- Tersedianya kartu ransum, spanduk dan/atau papan petunjuk yang memberikan informasi tentang penyaluran pangan termasuk jumlah ransum (lihat Catatan Panduan 7–8).
- Tersedia mekanisme pengawasan dan akuntabilitas para penerima bantuan (lihat Catatan Panduan 9):
 - Metode penyaluran berdasarkan pilihan para pihak
 - Tersedia informasi penyaluran untuk para penerima bantuan
 - Penerima pangan atau manfaat: aktual versus rencana (ketepatan waktu, jumlah, mutu).

Catatan Panduan

1. **Sasaran:** makanan harus disasar untuk diberikan kepada masyarakat yang paling membutuhkan, rumah tangga dengan kondisi pangan yang paling rawan, dan orang-perorangan yang menderita kurang gizi (lihat Kerentanan Dan kemampuan Masyarakat yang Terpapar Bencana). Penyasaran mencakup seluruh intervensi, bukan hanya pada tahap awal. Perlu dicari keseimbangan yang tepat antara pengecualian suatu kesalahan (yang dapat mengancam jiwa) dan inklusi kesalahan (yang berpotensi mengganggu atau boros) secara kompleks, hal tersebut dapat mengurangi kesalahan yang biasanya meningkatkan pengeluaran. Dalam kondisi darurat akut, kesalahan inklusi mungkin lebih diterima daripada kesalahan pengecualian. Distribusi cadangan pangan (sebagai jaring pengaman) mungkin akan diperlukan di saat-saat awal bencana ketika semua rumah tangga menderita kerugian yang sama, atau ketika penilaian penargetan rinci tidak mungkin karena kurangnya akses. Pemilihan agen yang sesuai untuk terlibat dalam proses harus didasarkan pada kemampuan, kenetralan, dan akuntabilitas agen tersebut. Agen yang dipilih dapat terdiri atas sesepuh setempat, komite bantuan lokal yang dipilih, organisasi masyarakat sipil, LSM lokal, lembaga pemerintah daerah, atau LSM internasional. Pemilihan agen perempuan sangat disarankan. Pendekatan sasaran harus jelas dan dapat diterima oleh penduduk terkena bencana penerima manfaat untuk menghindari terciptanya ketegangan dan merugikan bagi masyarakat setempat (lihat Standar Inti 1, Catatan Panduan 3 dan Prinsip Perlindungan 2).
2. **Pendaftaran :** pendaftaran rumah tangga secara formal harus dilakukan sesegera mungkin, dan diperbarui sesuai kebutuhan. Informasi tentang penerima manfaat sangat penting untuk merancang sistem distribusi yang efektif (ukuran dan profil demografi penduduk memengaruhi pengelolaan penyaluran), untuk menyusun daftar penerima bantuan, lembar perhitungan dan kartu ransum (jika diterbitkan), dan untuk mengidentifikasi orang dengan kebutuhan khusus. Di kamp-kamp, pendaftaran sering cukup sulit dilakukan, khususnya apabila para pengungsi tidak memiliki dokumen-dokumen identifikasi (lihat Prinsip Perlindungan 4, Catatan Panduan 4–5). Daftar pengungsi dari pemerintah setempat dan daftar rumah tangga yang dihasilkan oleh pendataan mandiri oleh masyarakat mungkin akan berguna, memberikan pengkajian secara mandiri membuktikan data



tersebut cukup akurat dan tidak memihak. Perempuan dari penduduk yang terkena bencana harus didorong dan diberi kesempatan untuk membantu dalam proses pendaftaran. Agen harus memastikan bahwa perorangan rentan tidak dihilangkan dari daftar distribusi, terutama perorangan yang tinggal di rumah. Kepala rumah tangga biasanya terdaftar, perempuan harus diberi hak untuk mendaftar atas nama mereka sendiri, perempuan dapat memanfaatkan bantuan dengan lebih baik di tingkat rumah tangga. Jika pendaftaran tidak memungkinkan pada tahap awal bencana, maka pendaftaran harus diselesaikan sesegera mungkin setelah situasi mulai stabil; hal ini sangat penting dilakukan apabila pembagian makanan akan dilakukan untuk jangka waktu yang lama. Suatu mekanisme penyampaian keluhan dan tanggapan atas keluhan tersebut harus ditetapkan untuk proses pendaftaran (lihat Standar Inti 1, Catatan Panduan 2 dan 6).

3. **Metode penyaluran ransum kering:** metode penyaluran berkembang dari waktu ke waktu. Secara umum penyaluran makanan biasanya dalam bentuk ransum kering untuk dimasak oleh penerima manfaat di rumah masing-masing. Penerima bantuan dapat menjadi pemegang kartu ransum perorangan atau rumah tangga, seorang wakil dari kelompok rumah tangga, pemimpin tradisional atau pemimpin dari suatu komunitas yang menjadi sasaran penyaluran pangan. Kondisi di lapangan menentukan penerima manfaat untuk memilih yang terbaik, dan perubahan kondisi dapat mengubah penerima manfaat. Risiko yang melekat pada proses penyaluran melalui perwakilan atau pemimpin harus dikaji dengan hati-hati. Pemilihan penerima manfaat harus mempertimbangkan dampak terhadap beban kerja dan risiko kekerasan, termasuk kekerasan dalam rumah tangga (lihat Prinsip Perlindungan 1–2). Frekuensi penyaluran harus mempertimbangkan berat ransum makanan dan bagaimana penerima manfaat dapat membawa ransum tersebut pulang ke rumahnya masing-masing. Tindakan khusus mungkin diperlukan untuk memastikan bahwa lanjut usia dan penduduk berkebutuhan khusus dapat menggunakan hak-hak mereka; anggota masyarakat yang lain juga dapat membantu, meskipun, demikian menyediakan ransum mingguan atau dua-mingguan mungkin jauh lebih mudah daripada menyediakan ransum bulanan. Upaya untuk menasar orang-perorangan yang rentan tidak boleh malah menambah stigma yang mereka sudah alami.; hal ini mungkin menjadi isu di dalam masyarakat di mana terdapat sejumlah besar orang-perorangan yang hidup dengan HIV dan AIDS (lihat Prinsip Perlindungan 4, Catatan Panduan 1, 9–11).
4. **Metode penyaluran ransum “basah”:** pengecualian, pada penyaluran makanan secara umum juga dapat terdiri atas makanan yang sudah dimasak atau siap saji untuk periode awal tanggap darurat akut. Ransum ini mungkin cocok bila, misalnya, orang di perjalanan, kerawanan yang ekstrem, dan membawa pulang makanan mungkin dapat membuat penerima manfaat menjadi sasaran pencurian atau kekerasan, meningkatnya tingkat pelecehan atau perpajakan, tidak

termasuk orang-perorangan rentan, perpindahan orang-orang dapat saja menyebabkan mereka kehilangan aset (peralatan memasak dan/ atau bahan bakar) atau mereka terlalu lemah untuk memasak sendiri, pemimpin lokal mengalihkan jatah makanan, atau ada pertimbangan lingkungan (misalnya untuk melindungi lingkungan ekologi yang rapuh dengan menghindari pengumpulan kayu bakar). Makanan di sekolah dan pemberian makanan tambahan untuk tenaga pendidik dapat digunakan sebagai suatu mekanisme distribusi di dalam kondisi darurat (lihat INEE Standar Minimum dalam Pendidikan).

5. Titik penyaluran dan perjalanan: titik penyaluran yang aman dan paling nyaman untuk para penerima bantuan harus ditentukan, tidak berdasarkan pada kenyamanan logistik untuk agen (lihat Prinsip Perlindungan 3, Catatan Panduan 6–9). Hal ini harus mempertimbangkan kondisi medan dan kedekatan dengan sumber dukungan lainnya (air minum, , layanan kesehatan, naungan, hunian, tempat yang aman untuk perempuan). Titik penyaluran harus menghindari daerah tempat orang harus melintasi pos pemeriksaan militer atau bersenjata atau bernegosiasi untuk perjalanan yang aman. Frekuensi penyaluran dan jumlah titik penyaluran harus mempertimbangkan waktu yang dibutuhkan oleh penerima bantuan untuk melakukan perjalanan ke titik penyaluran dan kepraktisan dan biaya pengangkutan bahan. Penerima harus dapat melakukan perjalanan ke dan dari titik penyaluran dalam satu hari; penyaluran alternatif harus disiapkan untuk mencapai mereka yang tidak dapat datang atau terisolasi (misalnya orang-orang dengan keterbatasan gerak). Kecepatan jalan seseorang rata-rata 5 km/jam namun akan lebih lambat bila kondisi jalan buruk dan berlereng. Perbedaan waktu juga dipengaruhi oleh usia dan tingkat pergerakan seseorang. Akses ke tempat penyaluran adalah masalah utama yang dicemaskan oleh masyarakat yang terpinggirkan dan tidak diperhatikan dalam situasi bencana. Penyaluran harus dijadwalkan untuk meminimalkan gangguan terhadap kegiatan sehari-hari, pada waktu yang memungkinkan perjalanan ke titik penyaluran di siang hari untuk perlindungan penerima dan untuk menghindarkan penerima menginap di perjalanan, karena hal tersebut akan mengakibatkan risiko tambahan (lihat Prinsip Perlindungan 1).

6. Meminimalkan risiko keamanan: penyaluran makanan dapat membuat risiko keamanan, termasuk penyimpangan dan kekerasan. Ketegangan dapat meningkat selama proses penyaluran dilakukan. Perempuan, anak-anak, dan orang-orang dengan keterbatasan fisik berada pada risiko yang dapat menyebabkan mereka kehilangan haknya atas penyaluran tersebut. Risiko harus dikaji sejak awal dan langkah-langkah harus diambil untuk meminimalkan risiko tersebut. Hal ini termasuk pengawasan penyaluran oleh staf terlatih dan penjagaan titik penyaluran oleh para penduduk terkena bencana itu sendiri. Jika diperlukan, polisi setempat dapat dilibatkan, namun mereka harus peka terhadap tujuan dari penyaluran makanan ini. Perencanaan tata letak titik-titik penyaluran yang cermat



dapat memfasilitasi pengendalian massa dan risiko keamanan yang lebih rendah. Langkah-langkah khusus untuk mencegah, memantau, dan menangani kekerasan berbasis gender, termasuk eksploitasi seksual yang terkait dengan penyaluran makanan, harus ditegakkan. Ini termasuk memisahkan perempuan dan laki-laki, misalnya dengan penghalang fisik atau menawarkan waktu penyaluran yang berbeda, memberikan informasi tentang perilaku yang tepat dan hukuman untuk pelecehan seksual kepada semua anggota tim penyalur pangan, dan termasuk “pengawas” perempuan untuk mengawasi bongkar-muat, pendaftaran, penyaluran dan pasca-penyaluran pangan (lihat Catatan Panduan 5 dan Prinsip Perlindungan 2).

7. *Penyebaran informasi* : penerima harus diberitahu tentang

- Jumlah dan jenis ransum untuk disalurkan dan alasan untuk setiap perbedaan rencana; informasi ransum harus ditampilkan secara mencolok di lokasi-lokasi penyaluran dengan bentuk yang dapat diakses oleh orang yang tidak dapat membaca atau mengalami kesulitan komunikasi (misalnya ditulis dalam bahasa lokal dan/atau digambar dan/atau informasi lisan), sehingga orang-orang menyadari hak-hak mereka.
- Rencana penyaluran (hari, waktu, lokasi, frekuensi) dan setiap perubahannya.
- Mutu gizi makanan dan, jika diperlukan, perhatian khusus dibutuhkan oleh para penerima bantuan untuk mempertahankan nilai gizi yang terkandung dalam makanan tersebut.
- Persyaratan untuk penanganan yang aman dan penggunaan makanan.
- Informasi khusus agar makanan dapat digunakan secara optimal untuk anak-anak (lihat Standar makanan bayi dan kanak-kanak 1–2).
- Cara-cara yang sesuai untuk penerima bantuan untuk mendapatkan informasi lebih lanjut tentang program yang ada dan proses pengaduan yang tersedia (lihat Standar Inti 1, Catatan Panduan 4–6).

8. *Perubahan program* : perubahan keranjang makanan atau tingkat ransum yang disebabkan oleh ketersediaan makanan harus dibicarakan dengan penerima, melalui komite penyaluran, tokoh masyarakat, dan organisasi perwakilan. Suatu tindakan harus dikembangkan secara bersama sebelum penyaluran dilakukan. Komite penyalur harus memberikan informasi kepada orang-orang tentang perubahan, alasan perubahan tersebut, dan kapan ransum normal akan dilanjutkan. Beberapa pilihan berikut dapat dipertimbangkan

- Mengurangi ransum semua penerima bantuan (bagian yang sama dari bahan yang tersedia atau mengurangi pilihan atas persediaan makanan).
- Memberikan ransum “penuh” kepada orang-perorangan yang rentan dan “mengurangi” jatah ransum masyarakat umum.

- Sebagai upaya terakhir, adalah menunda penyaluran. Jika penyaluran ransum yang direncanakan tidak perlu dilakukan koreksi pada penyaluran berikutnya (ketentuan retroaktif mungkin akan tidak tepat untuk kondisi berikutnya).

9. Pemantauan dan evaluasi harus dilakukan pada semua tingkatan rantai pasokan dan di titik konsumsi (lihat Standar Inti 5). Pada titik penyaluran, perlu diperiksa pengaturan penyaluran apakah sudah siap sebelum penyaluran dilakukan (misalnya untuk pendaftaran, keamanan, penyebaran informasi). Pengukuran secara acak dengan mewawancarai penerima harus dilakukan untuk ransum yang dibawa oleh suatu keluarga untuk mengukur ketepatan pengelolaan penyaluran. Kunjungan ke rumah tangga dilakukan secara acak dapat membantu memastikan penerimaan dan kegunaan dari ransum tersebut, dan sekaligus mengidentifikasi orang-orang yang memenuhi kriteria seleksi tetapi tidak menerima makanan. Kunjungan tersebut juga dapat menemukan bila terdapat makanan tambahan yang diterima, dari mana asal makanan tersebut, digunakan untuk apa dan oleh siapa (misalnya sebagai hasil bajakan, rekrutmen, atau eksploitasi seksual atau pun lainnya). Pemantauan harus dapat mengkaji dampak pembagian makanan pada keselamatan penerima manfaat. Efek penyaluran pangan yang lebih luas juga harus dievaluasi, seperti implikasi dari siklus pertanian, kegiatan pertanian, kondisi pasar, dan ketersediaan masukan pertanian.

Standar Ketahanan Pangan –pembagian makanan 6: Penggunaan Makanan

Makanan disimpan, disiapkan, dan dikonsumsi dengan cara yang aman dan tepat di tingkat rumah tangga dan komunitas.

Aksi kunci (dibaca bersama dengan Catatan Panduan)

- Lindungi penerima manfaat dari penanganan atau persiapan makanan yang tidak tepat (lihat Catatan Panduan 1).
- Menyebarkan informasi yang relevan tentang pentingnya kebersihan makanan untuk penerima makanan dan mempromosikan pemahaman yang baik tentang praktik kebersihan dalam penanganan makanan (lihat Catatan Panduan 1–2).
- Jika makanan yang sudah dimasak kemudian disalurkan, staf harus dilatih untuk penyimpanan dan penanganan makanan, persiapan makanan dan bahaya kesehatan potensial yang disebabkan oleh praktik-praktik yang tidak tepat (lihat Catatan Panduan 1).
- Konsultasikan dengan penerima manfaat (dan saran jika diperlukan) tentang penyimpanan, persiapan, memasak, dan konsumsi atas makanan yang disalurkan dan implikasi dari ketentuan untuk orang-orang yang



rentan dan secara cepat menanggapi masalah-masalah yang timbul (lihat Catatan Panduan 1–2).

- Pastikan bahwa rumah tangga memiliki akses ke peralatan memasak yang tepat, bahan bakar, air minum, dan bahan kebersihan (lihat Catatan Panduan 1–4).
- Untuk orang-orang yang tidak dapat menyiapkan makanan atau tidak dapat makan sendiri, diperlukan jaminan akses ke orang yang merawatnya untuk menyiapkan makanan yang sesuai dan mengatur makanan yang cocok (lihat Catatan Panduan 5).

Indikator kunci (dibaca bersama Catatan Panduan)

- Tidak ada kasus ancaman atau bahaya kesehatan dari makanan yang disalurkan.
- Meningkatkan kesadaran penerima manfaat atas kebersihan makanan yang baik (lihat Catatan Panduan 1–2).
- Semua staf harus dilatih tentang penanganan makanan dan bahaya dari praktik-praktik yang tidak benar (lihat Catatan Panduan 1).
- Rumah tangga memiliki akses untuk bahan makanan yang cukup dan peralatan persiapan memasak yang aman (lihat Catatan Panduan 3–4).
- Kehadiran perawat secara penuh untuk orang-orang dengan kebutuhan khusus yang memerlukan bantuan (lihat Catatan Panduan 5).

Catatan Panduan

1. **Kebersihan makanan:** bencana dapat mengganggu praktik kebersihan normal seseorang. Mungkin perlu untuk meningkatkan kebersihan makanan dan secara aktif mendukung langkah-langkah yang sesuai dengan keadaan dan pola penyakit setempat, misalnya menekankan pentingnya cuci tangan sebelum menangani makanan, menghindari pencemaran dari air dan mengambil langkah-langkah untuk mengendalikan hama. Penerima makanan harus diberikan informasi tentang bagaimana untuk menyimpan makanan yang aman di tingkat rumah tangga. Perawat harus dilengkapi dengan informasi tentang penggunaan optimal sumber daya rumah tangga untuk menyiapkan makanan bagi kanak-kanak dengan cara yang aman (lihat Standar Promosi Kebersihan 1 dan 2). Apabila tersedia dapur umum yang dibentuk oleh masyarakat untuk menyediakan makanan hangat bagi penduduk yang terkena dampak bencana, perhatian khusus diperlukan untuk memilih lokasi dapur, memerhatikan keselamatan aksesibilitas dan kondisi kebersihan lokasi dapur umum tersebut, ketersediaan air bersih untuk memasak dan minum, serta ruang makan.
2. **Sumber informasi:** diperlukan mekanisme untuk berbagi informasi dan mengumpulkan umpan balik dari penerima manfaat, khususnya perempuan (lihat Standar Inti 1, Catatan Panduan 2 dan 6). Untuk penyebaran petunjuk tentang makanan, sekolah, ruang belajar yang aman harus dilengkapi dengan informasi lokasi yang tepat. Bentuk pengumuman yang dapat

diakses oleh orang-orang dengan kebutuhan komunikasi yang berbeda mungkin akan dibutuhkan (lihat Standar Inti 1, Catatan Panduan 4).

3. **Bahan bakar, air minum, dan perlengkapan rumah tangga:** apabila diperlukan, bahan bakar yang sesuai harus disediakan atau perlu dilakukan program penanaman kayu dan pemanenannya, dengan pengawasan untuk keselamatan perempuan dan anak-anak, dan para pengumpul kayu bakar (untuk kompor dan bahan bakar, lihat Standar Non-Pangan 4). Untuk akses, jumlah, mutu dan fasilitas air bersih, lihat Standar Pasokan Air 1–3). Untuk perlengkapan memasak, makan dan tempat penyimpanan air, lihat Standar Bantuan Non-Pangan 3).
4. **Akses ke sarana pengolahan makanan,** misalnya penggilingan biji-bijian, memungkinkan orang untuk menyiapkan makanan dalam bentuk pilihan mereka sendiri dan juga menghemat waktu untuk dapat melakukan kegiatan produktif lainnya. Pengolahan makanan di tingkat rumah tangga, seperti penggilingan, dapat mengurangi waktu dan jumlah air dan bahan bakar yang dibutuhkan untuk memasak (lihat Standar Ketahanan Pangan –pembagian makanan 2, Catatan Panduan 2).
5. **Kebutuhan khusus:** orang-perorangan yang membutuhkan bantuan khusus berkaitan dengan makanan dapat meliputi kanak-kanak, orang lanjut usia penyandang cacat, dan orang yang hidup dengan HIV (lihat Standar makanan bayi dan kanak-kanak 2 dan Standar Ketahanan Pangan –pembagian makanan 1, Catatan Panduan 5–7). Program *outreach* mau pun dukungan tambahan dan tindak lanjut mungkin akan diperlukan untuk mendukung orang dengan kemampuan terbatas untuk menyediakan makanan bagi tanggungannya (misalnya orang tua dengan gangguan jiwa).

4.2 Ketahanan Pangan – Pembagian Uang Tunai dan Kupon

Pembagian uang tunai dan kupon merupakan dua bentuk bantuan: pembagian uang tunai dapat menyediakan uang untuk orang-orang, pembagian kupon memberikan kupon agar orang-orang dapat membeli jumlah pasti dari suatu produk tertentu misalnya makanan (kupon berbasis bahan) atau nilai moneter tetap (kupon berbasis nilai). Walaupun tujuan dan rancangannya berbeda, pembagian uang tunai dan kupon sama-sama menggunakan pendekatan pasar dan memberikan manfaat ketersediaan daya beli bagi penduduk yang terkena dampak bencana.

Pembagian uang tunai dan kupon digunakan untuk memenuhi kebutuhan pangan dasar dan kebutuhan ekonomi non-makanan dan untuk membeli aset



yang memungkinkan orang untuk melanjutkan kegiatan ekonomi. Pembagian uang tunai tanpa syarat (atau tidak ada sasaran atau ‘universal’) merupakan hibah tanpa syarat tentang bagaimana uang tersebut harus digunakan, namun apabila kebutuhan dasar sudah diidentifikasi, diharapkan uang tunai tersebut dapat digunakan untuk memenuhi kebutuhan dasar tersebut. Jika dukungan untuk mata pencarian atau kegiatan produktif telah diidentifikasi sebagai kebutuhan, maka uang tunai dapat dibagikan untuk memenuhi kebutuhan tersebut. Hibah tunai tanpa syarat mungkin tepat dilakukan di saat awal tanggap darurat. Hibah tunai bersyarat memiliki syarat bahwa penerima hibah harus menggunakan uang tunai tersebut untuk tujuan tertentu (misalnya untuk membangun kembali rumahnya, menyediakan tenaga kerja, membangun atau memperbaiki atau membangun kembali mata pencarian dan/atau menyediakan pelayanan kesehatan). Kupon memberikan akses ke berbagai bahan yang telah ditentukan (misalnya makanan, ternak, bibit, peralatan kerja) atau pelayanan (misalnya pabrik penggilingan, transportasi, akses pasar, atau pinjaman bank). Kupon mungkin dapat berupa sejumlah uang atau senilai komoditas untuk digunakan di toko-toko yang sudah ditentukan, dengan pedagang tertentu atau penyedia layanan atau pameran. Kupon harus mengacu pada standar untuk sektor yang bersangkutan, misalnya program kupon makanan harus mengacu pada Standar Ketahanan Pangan –pembagian 1–3 dan 6.

Pilihan model pembagian yang sesuai (makanan, uang tunai, atau kupon) memerlukan analisis konteks tertentu termasuk efisiensi biaya, dampak pasar sekunder, fleksibilitas pembagian, sasaran dan risiko kerawan dan korupsi.

Standar Ketahanan Pangan –pembagian uang tunai dan kupon 1: Akses ke Barang dan Layanan yang Tersedia

Uang tunai dan kupon dianggap sebagai cara untuk memenuhi kebutuhan dasar dan untuk melindungi dan membangun kembali sumber mata pencarian.

Aksi kunci (dibaca bersama Catatan Panduan)

- Melakukan konsultasi dan melibatkan penerima manfaat, wakil masyarakat, dan pemangku kepentingan lainnya dalam kajian, rancangan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi (lihat Catatan Panduan 1, 3, 6–7 dan Standar Inti 1–3).
- Mengkaji dan menganalisis jika orang dapat membeli apa yang mereka butuhkan di pasar lokal dengan harga yang hemat dibandingkan dengan melakukan pembagian alternatif, dan melakukan kajian rantai pemasaran (lihat Catatan Panduan 2).
- Pilihan untuk melakukan pembagian uang tunai atau kupon atau kombinasi keduanya harus berdasarkan atas mekanisme yang paling tepat dan yang paling bermanfaat untuk penduduk yang terkena bencana dan ekonomi lokal (lihat Catatan Panduan 1–3, 5–6).

- Melaksanakan tindakan untuk mengurangi risiko penyelewengan ilegal, rwerawanan, inflasi, penggunaan yang berbahaya, dan dampak negatif pada kelompok yang kurang beruntung. Perhatian khusus diperlukan untuk sasaran yang ingin dilakukan (lihat Catatan Panduan 4 dan 7).
- Mengawasi dan menilai pembagian uang tunai dan/atau kupon yang paling tepat dan jika perlu segera melakukan penyesuaian (lihat Catatan Panduan 8).

Indikator kunci (harus dibaca bersama Catatan Panduan)

- Semua penduduk yang disasar memenuhi sebagian atau seluruh kebutuhan dasar pangan dan kebutuhan sumber mata pencariannya (misalnya aset produktif, kesehatan, pendidikan, pengangkutan dan angkutan, tempat tinggal) dengan melakukan pembelian di pasar lokal (lihat Catatan Panduan 1–2, 8).
- Uang tunai dan/atau kupon merupakan bentuk yang lebih disukai untuk mencapai semua penduduk sasaran, khususnya perempuan dan kelompok rentan (lihat Catatan Panduan 3–8).
- Proses pembagian tidak mengakibatkan kondisi anti-sosial (lihat Catatan Panduan 4 dan 8).
- Proses pembagian tidak menimbulkan kerawanan (lihat Catatan Panduan 3–4, 8).
- Ekonomi lokal terdukung pemulihannya dari dampak bencana (lihat Catatan Panduan 1–2, 8).

Catatan Panduan

1. **Pembagian uang tunai dan kupon adalah alat:** uang tunai dan kupon adalah mekanisme untuk mencapai tujuan yang diinginkan, bukan sebagai suatu intervensi yang berdiri sendiri. Kajian perbandingan yang hati-hati harus dapat menunjukkan apakah uang tunai dan kupon sesuai atau tidak, dan apakah harus digunakan sendiri-sendiri atau dikombinasikan dengan dukungan tindakan tanggap darurat yang lain. Uang tunai dan kupon dapat digunakan dalam berbagai tahapan bencana. Tindakan tanggap darurat tidak hanya ditentukan oleh efisiensi dan efektivitas yang diharapkan dalam memenuhi kebutuhan dasar penerima manfaat atau membangun kembali mata pencarian, tetapi juga oleh tingkat risiko yang rendah. Uang tunai dan kupon dapat menawarkan pilihan yang lebih banyak dan fleksibilitas dalam tindakan tanggap darurat dan hal ini dapat membantu membangun kembali kepercayaan diri dan harga diri penerima bantuan. Yang juga harus dipertimbangkan dalam kajian adalah uang tunai dan kupon juga dapat memberikan dampak yang lebih banyak pada ekonomi lokal. Uang tunai dan kupon dapat diberikan dalam bentuk sebagai berikut:

- Hibah uang tunai – pembagian uang tunai bersyarat atau pun tanpa syarat atau dengan angsuran untuk memenuhi berbagai kebutuhan.
- Kupon berbasis nilai atau barang – pembagian kupon kertas atau



elektronik untuk ditukarkan dengan barang tertentu atau kisanan barang sesuai dengan nilai kupon.

- Uang tunai untuk pengganti kerja – pembagian uang tunai sebagai pendapatan atau penghasilan dengan berpartisipasi dalam kegiatan tertentu (biasanya aktivitas yang membutuhkan kerja fisik).

Perencanaan, pelaksanaan, dan pemantauan harus melibatkan para pemangku kepentingan lokal seperti pemerintah, pemerintah daerah, struktur masyarakat dan perwakilan, koperasi, asosiasi, kelompok-kelompok lokal, dan penerima manfaat. Hal ini akan membantu memastikan relevansi dan keberlanjutan. Sejak awal perencanaan, strategi keluar harus direncanakan bersama dengan para pihak utama.

2. Dampak terhadap ekonomi lokal dan sistem pasar: pengkajian pasar harus mengkaji situasi sebelum, pada saat dan setelah kondisi bencana, dan daya saing dan integrasi pasar untuk kondisi darurat dengan kebutuhan di saat itu. Kajian juga harus menunjukkan peran dari para pelaku pasar yang berbeda, ketersediaan dan harga barang (aset mata pencarian, bahan bangunan, makanan dan bahan-bahan lain tergantung tujuan), musiman dan akses fisik, akses sosial dan ekonomi dengan berbagai kelompok masyarakat rentan. Uang tunai dan kupon bisa tepat jika pasar dapat berfungsi dan dapat diakses, dan di saat makanan dan barang-barang pokok lainnya tersedia dalam jumlah yang diperlukan dan dengan harga yang pantas. Pembagian tersebut dapat merangsang ekonomi lokal untuk pulih lebih cepat dan lebih berkelanjutan. Tindakan tanggap darurat pada pasar dapat mempromosikan pengadaan bahan lokal dan lebih baik menggunakan kemampuan pelaku pasar yang ada. Uang tunai dan kupon tidak digunakan jika dapat merusak pasar dan mungkin memiliki dampak negatif seperti inflasi. Pemantauan pasar sangat penting untuk memahami dampak dari uang tunai dan kupon terhadap perekonomian lokal dan masyarakat setempat.

3. Mekanisme pengiriman uang tunai dan kupon: uang tunai dan kupon dapat diantarkan melalui bank lokal, toko-toko, pedagang, perusahaan pembagian uang setempat, perusahaan pengiriman uang dan kantor pos. Uang tunai dan kupon dapat disampaikan secara fisik ataupun melalui teknologi seperti *mobile banking* dan jaringan telepon selular. Bank biasanya efisien dan efektif, tetapi mungkin kurang dapat diakses oleh orang yang rentan. Jika bank dapat diakses, mungkin melalui *mobile banking*, itu dapat menjadi pilihan yang lebih aman. Pilihan mekanisme pengiriman membutuhkan penilaian atas kajian dan konsultasi dengan para penerima. Masalah yang perlu dipertimbangkan adalah biaya untuk penerima (biaya bank, waktu perjalanan dan biayanya, waktu menuju ke titik penyaluran), biaya untuk organisasi (waktu staf dan biaya membangun penyedia layanan, untuk mengatur dan mengelola, dan transportasi, keamanan, pendidikan dan pelatihan untuk penerima), efisiensi dan efektivitas (keandalan, ketahanan, akuntabilitas, transparansi, pemantauan,

fleksibilitas, pengawasan keuangan, keamanan finansial dan akses oleh orang-orang yang rentan). Suatu pendekatan yang lebih mahal mungkin saja menjadi mekanisme pembagian yang lebih tepat.

4. **Menimbang risiko:** keprihatinan umum mengenai risiko pembagian uang tunai dan kupon termasuk ketakutan bahwa uang tunai dan kupon tersebut dapat berdampak terhadap inflasi harga (meninggalkan orang-orang yang terkena dampak bencana dan lain-lain dengan daya beli kurang), penggunaan uang tunai dan kupon untuk kegiatan anti-sosial (misalnya alkohol dan penyalahgunaan tembakau) dan perbedaan perlakuan untuk perempuan dan laki-laki dalam pembagian uang tunai bila dibandingkan dengan sumber daya dalam bentuk barang. Kekhawatiran lainnya adalah bahwa pembagian uang tunai dapat menimbulkan risiko keamanan untuk staf yang melakukan kegiatan tersebut dan juga bagi penduduk terkena dampak (lihat Prinsip Perlindungan 1) dan bahwa daya tarik uang tunai akan membuat lebih sulit bagi penerima bantuan dan dapat saja meningkatkan risiko korupsi atau perampasan oleh kelompok-kelompok bersenjata. Meskipun demikian, semua bentuk pembagian juga memiliki risiko (lihat Standar Ketahanan Pangan –pembagian makanan 4–5). Risiko uang tunai dan kupon dapat diminimalkan melalui perencanaan yang baik, kajian risiko menyeluruh, dan pengelolaan yang baik. Pengambilan keputusan harus melalui konsultasi berbasis pada bukti, ketakutan tidak mendasar seharusnya tidak boleh memengaruhi perencanaan program.
5. **Mengatur nilai pembagian uang tunai dan kupon:** nilai pembagian ditetapkan berdasarkan konteks-khusus. Perhitungan harus dikoordinasikan dengan instansi lain dan berdasarkan prioritas dan kebutuhan masyarakat yang terkena dampak bencana, harga barang-barang utama diharapkan dapat dibeli dari pasar lokal, bantuan lain yang telah dan/atau akan diberikan, biaya terkait tambahan (misalnya bantuan perjalanan bagi orang dengan mobilitas terbatas), metode, ukuran – frekuensi dan waktu pembayaran terkait dengan musim, dan tujuan program dan transfer (misalnya makanan untuk memenuhi persediaan makanan atau menyediakan tenaga kerja berdasarkan nilai tenaga kerja harian). Perubahan harga dapat mengurangi keberhasilan pembagian uang tunai dan kupon. Fleksibilitas anggaran sangat penting untuk menyesuaikan nilai pembagian atau menambah komponen barang berdasarkan pemantauan pasar.
6. **Memilih jenis pembagian uang tunai dan kupon:** tipe pembagian yang tepat sangat tergantung pada tujuan program dan konteks lokal. Perpaduan pendekatan mungkin akan sesuai, termasuk dengan bentuk bantuan barang dan variasi berdasarkan musim. Agen harus mencari tahu pendekatan apa yang paling tepat menurut penduduk terkena dampak bencana melalui konsultasi dan bertukar informasi (lihat Standar Ketahanan Pangan –mata pencarian 2).
7. **Sasaran dalam program pembagian uang tunai dan kupon:** tantangan ada dalam semua bentuk pembagian baik itu barang mau pun layanan,



namun karena daya tarik uang tunai dan kupon, perhatian yang lebih khusus dibutuhkan untuk meminimalkan kesalahan dari dalam dan dari luar organisasi pelaksana. Orang-orang dapat ditemui baik secara langsung (untuk rumah tangga atau pun penduduk yang terkena bencana) atau secara tidak langsung (misalnya pedagang lokal atau penyedia layanan). Dalam kondisi tidak aman mungkin akan diperlukan pendekatan sasaran secara tidak langsung (lihat Prinsip Perlindungan 1). Gender sebagai suatu konstruksi sosial dapat saja memengaruhi keputusan anggota rumah tangga untuk didaftar sebagai penerima uang tunai dan kupon, seperti halnya bantuan dalam bentuknya (lihat Standar Ketahanan Pangan –pembagian makanan 5). Koordinasi dengan para pemangku kepentingan, termasuk dinas kesejahteraan sosial dan perlindungan yang juga memiliki program pembagian uang tunai, sangat penting untuk memutuskan sasaran yang sesuai (seperti halnya untuk jenis pembagian yang lainnya).

- 8. *Pemantauan pembagian uang tunai dan kupon:*** informasi data dasar diperlukan, dengan melakukan pemantauan di saat sebelum, saat pembagian, dan setelah pembagian, dengan memperhitungkan dampak langsung dan tidak langsung dari uang tunai dan kupon tersebut di pasar. Perubahan intervensi tindakan tanggap darurat harus sesuai dengan konteks dan situasi pasar. Pemantauan harus mencakup harga barang-barang kebutuhan pokok, dampak pada ekonomi lokal dan fluktuasi harga. Pertanyaan kuncinya adalah: Apa saja yang dibeli orang dengan uang tunai dan kupon tersebut? Dapatkan orang menerima dan menghabiskan uang tunai tersebut dengan aman? Dapatkan uang tunai dan kupon tersebut dialihkan? Apakah perempuan memengaruhi bagaimana uang tunai dan kupon tersebut dihabiskan? (lihat Standar Inti 5).

4.3 Ketahanan Pangan: Mata Pencarian

Ketahanan mata pencarian masyarakat dan kerentanan mereka terhadap kerawanan pangan sebagian besar ditentukan oleh sumber daya (atau aset) yang tersedia bagi mereka uang bagaimana hal ini telah dipengaruhi oleh bencana. Sumber daya ini mencakup modal keuangan (seperti uang tunai, kredit, dan tabungan) dan juga termasuk fisik (rumah, mesin), alam (tanah, air), manusia (tenaga kerja, keahlian), sosial (jaringan, norma-norma), dan politik (pengaruh, kebijakan), dan modal. Kunci untuk mereka yang menghasilkan pangan adalah apakah mereka memiliki akses terhadap lahan yang dapat mendukung proses produksi dan apakah mereka memiliki sarana untuk terus bertani. Kunci untuk mereka yang membutuhkan penghasilan agar bisa mendapatkan makanan adalah apakah mereka memiliki akses ke pekerjaan, pasar, dan jasa. Untuk orang yang terkena bencana, pelestarian, pemulihan, dan pengembangan sumber daya dibutuhkan untuk ketahanan pangan dan harus memprioritaskan sumber mata pencarian mereka di masa depan.

Ketidakstabilan politik yang berkepanjangan, rasa tidak aman dan ancaman konflik serius dapat membatasi kegiatan sumber mata pencarian dan akses ke pasar. Rumah tangga mungkin harus meninggalkan lokasi tempat tinggal mereka dan mereka mungkin akan kehilangan aset, apakah karena tertinggal, dihancurkan, atau diambil oleh pihak tertentu.

Ketiga standar berikut berkaitan dengan produksi utama, peningkatan kesempatan kerja dan pendapatan, dan akses pasar, termasuk barang dan layanan/jasa.

Standar Ketahanan Pangan –sumber mata pencaharian 1: Produksi Utama

Produksi utama harus dilindungi dan didukung.

Aksi kunci (harus dibaca bersama dengan Catatan Panduan)

- Intervensi dasar untuk mendukung produksi utama berdasarkan kajian sumber mata pencarian, kajian konteks, dan menunjukkan pemahaman terhadap kelangsungan sistem produksi, termasuk akses dan ketersediaan masukan yang diperlukan, layanan dan permintaan pasar (lihat Catatan Panduan 1).
- Teknologi baru hanya diperkenalkan apabila berimplikasi positif terhadap sistem produksi lokal, praktik budaya dan lingkungan alam, serta dapat dipahami dan diterima oleh penghasil pangan dan konsumen lokal (lihat Catatan Panduan 2).
- Tersedianya sarana produksi atau uang tunai untuk membeli berbagai masukan dan memberikan produsen keleluasaan dalam merumuskan strategi dan mengelola produksi dan mengurangi risiko (lihat Catatan Panduan 3).
- Memberikan masukan tepat waktu, memastikan masukan tersebut dapat diterima di komunitas lokal dan sesuai dengan norma-norma yang berlaku (lihat Catatan Panduan 4–5).
- Perkenalkan masukan dan layanan dengan hari-hati, jangan sampai meningkatkan kerentanan atau meningkatkan risiko, misalnya meningkatkan persaingan untuk mendapatkan sumber daya alam yang langka atau dengan merusak jaringan sosial yang sudah ada (lihat Catatan Panduan 6).
- Berikan pelatihan pengelolaan yang lebih baik kepada produsen, sejauh itu memungkinkan dan sesuai (lihat Catatan Panduan 1–2, 5–6).
- Sedapat mungkin gunakan layanan lokal dan membeli dari produsen lokal, kecuali apabila hal tersebut merugikan produsen lokal, pasar, atau konsumen (lihat Catatan Panduan 7).
- Lakukan pemantauan berkala untuk menilai apakah sarana produksi digunakan secara tepat oleh penerima manfaat (lihat Catatan Panduan 8).



Indikator kunci (dibaca bersama Catatan Panduan)

- Semua rumah tangga yang dikaji memiliki akses ke masukan yang dibutuhkan untuk melindungi dan mengembalikan produksi utama ke tingkatan sebelum terjadi bencana, dan sesuai dengan kalender pertanian (lihat Catatan Panduan 1–6).
- Bilamana dianggap layak untuk dilakukan, semua rumah tangga diberikan uang tunai atau kupon, input yang dibutuhkan sesuai dengan nilai pasar, dan memberikan pilihan atas sumber mata pencariannya (lihat Catatan Panduan 3, 5, and 7).

Catatan Panduan

1. **Kelayakan produksi utama:** untuk menjadi layak, produksi makanan strategis harus memiliki kesempatan untuk berkembang secara memadai (lihat Standar dan Pedoman Ternak dalam Kondisi Darurat - *Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS)* di bagian rujukan dan bacaan lanjutan). Hal ini mungkin akan dipengaruhi oleh berbagai faktor, antara lain:

- Akses ke sumber daya alam yang cukup (lahan pertanian, padang rumput, pakan ternak, air, sungai, danau, perairan pantai). Keseimbangan ekologi tidak boleh terancam, misalnya karena eksploitasi berlebihan lahan marginal, penangkapan ikan yang melebihi batas atau pencemaran air, khususnya di daerah pinggiran kota.
- Tingkat keterampilan dan kemampuan yang mungkin terbatas ketika penduduk terkena penyakit atau ketika pendidikan dan pelatihan dilarang untuk beberapa kelompok.
- Ketersediaan tenaga kerja sehubungan dengan ada pola produksi dan pengaturan waktu untuk kegiatan – kegiatan utama bidang pertanian dan perikanan.
- Ketersediaan dan akses ke masukan yang dibutuhkan untuk produksi pertanian dan perikanan.

Tingkat produksi di saat sebelum bencana mungkin saja belum terlalu baik dan mencoba kembali ke posisi tersebut mungkin saja bertentangan dengan “*do no harm*” – “tidak membahayakan” (lihat Prinsip Perlindungan 1).

2. **Perkembangan teknologi:** ‘teknologi baru’ dapat termasuk peningkatan varietas tanaman, ternak atau jenis-jenis ikan, peralatan baru, pupuk atau praktik pengelolaan yang inovatif. Sedapat mungkin, kegiatan produksi pangan harus membangun dan memperkuat pola yang ada dan/atau dihubungkan dengan rencana pembangunan nasional. Teknologi baru hanya boleh diperkenalkan setelah terjadi bencana apabila teknologi tersebut sudah diuji di lokasi tersebut dan dapat diadaptasi serta diterima oleh penerima manfaat. Saat diperkenalkan, teknologi baru harus disertai dengan konsultasi masyarakat yang sesuai, penyediaan informasi,

pelatihan dan dukungan lain yang relevan. Sedapat mungkin harus dilakukan dengan koordinasi dengan penyedia layanan swasta dan publik serta pemasok masukan untuk memastikan dukungan berkelanjutan dan aksesibilitas untuk teknologi di masa depan dan, secara kritis, kelangsungan proses komersial.

3. **Meningkatkan pilihan:** intervensi yang memberikan pilihan bagi produsen mencakup ketersediaan uang tunai atau kredit sebagai pengganti (atau sebagai pelengkap) masukan produktif, serta pameran benih dan ternak yang dapat menggunakan kupon, memberi petani kesempatan untuk memilih benih dan ternak yang sesuai dengan kebutuhan mereka. Dukungan untuk produksi harus mengkaji implikasi potensial untuk gizi, termasuk akses terhadap pangan kaya gizi melalui produksi sendiri atau, melalui uang tunai yang dihasilkan oleh produksi tersebut. Pemberian pakan ternak selama musim kemarau dapat memberikan manfaat gizi yang lebih besar kepada upaya penggembalaan daripada sejumlah pakan tersebut diberikan kepada manusia. Kelayakan untuk membagikan uang tunai kepada rumah tangga dalam rangka menyediakan akses ke sarana produksi harus didasarkan pada ketersediaan barang secara lokal, akses pasar, dan ketersediaan mekanisme pembagian yang aman dan terjangkau.
4. **Ketepatan waktu dan penerimaan:** contoh masukan produksi meliputi bibit, peralatan, benih, pupuk, ternak, peralatan memancing, fasilitas pinjaman dan kredit, informasi pasar dan fasilitas angkutan. Suatu alternatif untuk masukan adalah dengan menyediakan uang tunai atau kupon untuk memungkinkan orang untuk membeli sesuai kebutuhan mereka. Penyediaan masukan pertanian dan pelayanan kesehatan hewan harus bertepatan dengan musim berternak dan bertani. Contohnya, penyediaan bibit dan alat-alat harus mendahului musim tanam dan penyediaan cadangan darurat untuk ternak selama masa kekeringan harus dilakukan sebelum terjadi kematian ternak, sedangkan penyediaan kembali harus dimulai segera setelah proses pemulihan dilakukan, misalnya setelah musim hujan berikutnya.
5. **Benih:** prioritas harus diberikan kepada benih tanaman dan varietas yang sudah digunakan oleh masyarakat lokal, sehingga petani dapat menggunakan kriteria mereka sendiri untuk memastikan kualitas yang dibutuhkan. Tanaman yang ditawarkan harus merupakan tanaman prioritas untuk musim berikutnya. Varietas khusus harus disetujui oleh petani dan ahli pertanian lokal. Minimal, benih harus disesuaikan dengan ekologi pertanian lokal dan kondisi pengelolaan pertanian petani tersebut, tahan penyakit dan dipilih dengan pertimbangan skenario perubahan iklim di masa depan misalnya banjir atau kekeringan dan kenaikan permukaan air laut. Benih yang berasal dari luar daerah perlu diuji secara memadai untuk mengetahui kualitas dan diperiksa apakah sesuai dengan kondisi setempat. Petani harus diberikan akses ke berbagai jenis tanaman



dan varietas dalam setiap intervensi benih sehingga mereka sendiri dapat membuat perencanaan tentang apa yang terbaik untuk sistem tersebut. Benih hibrida mungkin saja cocok apabila petani sudah terbiasa menggunakannya dan memiliki pengalaman bertanam benih tersebut. Hal ini hanya dapat dilakukan melalui konsultasi dengan penduduk. Di saat benih disediakan gratis, dan petani menanam jagung, petani mungkin lebih memilih benih hibrida daripada varietas lokal karena varietas lokal harus dibeli. Kebijakan pemerintah tentang benih hibrida juga harus dipenuhi sebelum distribusi dilakukan. Benih hasil rekayasa genetik (*Genetically Modified Organism - GMO*) tidak boleh didistribusikan kecuali apabila sudah disetujui oleh otoritas setempat. Dalam masalah tersebut, petani juga harus menyadari bahwa di dalam bantuan benih terdapat GMO.

6. **Dampak terhadap mata pencarian pedesaan:** Produksi pangan utama mungkin tidak layak jika ada kekurangan sumber daya alam penting (dan mungkin tidak layak untuk jangka panjang jika sudah terjadi penurunan sebelum bencana) atau kurangnya akses untuk kelompok penduduk tertentu (misalnya orang yang memiliki tanah). Mempromosikan produksi yang memerlukan tambahan akses (atau masukan yang dibutuhkan berubah) ke sumber daya alam lokal yang tersedia dapat meningkatkan ketegangan dengan penduduk lokal, yang kemudian akan dapat membatasi akses ke air dan ke kebutuhan penting lainnya. Perlu untuk berhati-hati ketika menyediakan sumber daya, baik dalam bentuk barang atau uang tunai, agar tidak meningkatkan risiko keamanan untuk penerima atau menciptakan konflik (lihat Standar Ketahanan Pangan –mata pencarian 2 dan Standar Ketahanan Pangan –pembagian uang tunai dan kupon 1). Selain itu, penyediaan masukan gratis juga dapat saja mengganggu mekanisme tradisional untuk dukungan sosial dan redistribusi dan membahayakan sektor swasta serta akses input di masa depan.
7. **Pembelian masukan lokal:** masukan dan layanan untuk produksi pangan, seperti layanan benih dan ternak, harus diperoleh melalui sistem pasokan lokal yang sudah ada hukumnya dan diverifikasi jika memungkinkan. Untuk mendukung sektor swasta lokal, mekanisme seperti uang tunai dan *voucher* harus digunakan, begitu juga dengan menghubungkan produsen utama langsung dengan penyuplai. Dalam merancang sistem tersebut untuk memungkinkan pembelian lokal, ketersediaan masukan yang tepat, dan kemampuan pemasok untuk meningkatkan pasokan harus dipertimbangkan, mengingat risiko inflasi (misalnya meningkatnya harga barang-barang yang langka) dan kualitas input. Penyediaan barang impor secara langsung seharusnya hanya dilakukan apabila alternatif lokal tidak layak.
8. **Pengawasan penggunaan:** indikator proses dan hasil dari produksi makanan, pengolahan, dan distribusi dapat diperkirakan, misalnya luas tanam, jumlah bibit yang ditanam per hektar, hasil dan jumlah anakan ternak. Hal ini penting untuk menentukan bagaimana produsen menggunakan

masukan (yaitu melakukan verifikasi bahwa benih memang ditanam dan peralatan, pupuk, jaring, dan alat tangkap digunakan sebagaimana mestinya) atau bagaimana uang tunai dihabiskan untuk mendapatkan masukan yang dibutuhkan. Kualitas masukan juga harus ditinjau dari segi kinerja, penerimaan, dan rujukan produsen. Yang penting untuk dievaluasi adalah pertimbangan bagaimana proyek telah memengaruhi makanan yang tersedia bagi rumah tangga, misalnya persediaan pangan rumah tangga, mutu dan jumlah makanan yang dikonsumsi, atau jumlah makanan yang diperdagangkan atau diberikan. Apabila proyek ini bertujuan untuk meningkatkan produksi jenis makanan tertentu, seperti produk hewani atau ikan atau kacang-kacangan kaya protein, penggunaan rumah tangga atas produk ini harus diteliti.

Standar Ketahanan Pangan –mata pencarian 2: Tenaga Kerja dan Pendapatan

Tenaga kerja dan pendapatan merupakan strategi untuk penghidupan yang layak, perempuan dan laki-laki memiliki akses yang sama terhadap peluang pendapatan yang sesuai.

Aksi kunci (harus dibaca bersama dengan Catatan Panduan)

- Dasarkan keputusan mengenai kegiatan untuk mendapatkan pemasukan pada kajian pasar dan kajian partisipatif yang memadai tentang kemampuan rumah tangga untuk terlibat dalam berbagai kegiatan (lihat Catatan Panduan 1–2).
- Dasarkan jenis imbal jasa (uang tunai, kupon, makanan, atau kombinasi dari semuanya) pada hasil analisis kemampuan lokal, kebutuhan mendesak, sistem pasar, dan kebutuhan penduduk yang terkena bencana (lihat Catatan Panduan 3).
- Dasarkan tingkat imbal jasa pada kebutuhan, tujuan untuk pemulihan mata pencarian dan tingkat upah tenaga kerja lokal (lihat Catatan Panduan 4).
- Pastikan tersedia prosedur untuk menyediakan lingkungan kerja yang aman (lihat Catatan Panduan 5).
- Ambil tindakan untuk menghindari pengalihan dan/atau kerawanan bila melibatkan sejumlah besar uang tunai (lihat Catatan Panduan 6).

Indikator kunci (dibaca bersama dengan Catatan Panduan)

- Semua orang yang disasar untuk menghasilkan pendapatan melalui kegiatan mereka dan memberikan sumbangan untuk memenuhi kebutuhan dasar dan sumber mata pencarian yang lainnya.
- Tanggap darurat menyediakan kesempatan kerja yang sama untuk perempuan dan laki-laki dan tidak berpengaruh negatif terhadap pasar



lokal atau berdampak negatif terhadap kegiatan mata pencarian normal (lihat Catatan Panduan 7).

- Penduduk yang terkena bencana mengetahui dan memahami imbal jasa sebagai sumbangan terhadap ketahanan pangan semua rumah tangga (lihat Catatan Panduan 8).

Catatan Panduan

1. ***Ketepatan inisiatif:*** suatu analisis pasar sangat penting untuk menjadi dasar dalam merencanakan kegiatan. Alat kajian yang sudah tersedia untuk memahami pasar dan sistem ekonomi harus digunakan (lihat Bagian Pasar di rujukan dan bacaan lanjutan). Harus ada pemanfaatan sumber daya manusia lokal secara maksimal dan identifikasi kegiatan yang tepat dalam perencanaan proyek. Alternatif untuk kelompok tertentu (misalnya perempuan hamil, penyandang cacat, atau orang lanjut usia) harus dibahas dalam kelompok sasaran. Apabila terdapat sejumlah besar orang yang mengungsi (pengungsi lintas negara atau pengungsi internal), harus ada pertimbangan kesempatan untuk menyediakan lapangan kerja dan keterampilan, baik untuk pengungsi mau pun tuan rumah yang menampungnya. Lokasi kegiatan harus mempertimbangkan ancaman serangan, risiko terhadap keamanan (misalnya daerah pertambangan), dan lingkungan yang tidak cocok (misalnya tanah yang terkontaminasi atau tercemar, rawan terhadap banjir, atau terlalu curam) (lihat Prinsip Perlindungan 1–3).
2. ***Transfer pendapatan bagi rumah tangga dengan kemampuan terbatas untuk berpartisipasi:*** walaupun banyak rumah tangga yang mungkin dapat memanfaatkan kerja dan kegiatan yang menghasilkan pendapatan, di beberapa rumah tangga tertentu dampak bencana mungkin saja membuat mereka tidak dapat mengambil kesempatan tersebut atau periode yang dibutuhkan mungkin saja terlalu lama untuk menerima penghasilan yang dibutuhkan. Ketersediaan jaring pengaman sebagai cadangan misalnya uang tunai dan/atau pembagian makanan tanpa syarat harus dipertimbangkan untuk diberikan kepada rumah tangga tersebut, juga perlu dihubungkan dengan sistem perlindungan sosial yang sudah ada atau pun melakukan advokasi untuk pengembangan jaring pengaman baru sepanjang hal tersebut dibutuhkan.
3. ***Jenis imbal jasa:*** imbal jasa mungkin berupa uang tunai atau makanan atau kombinasi dari keduanya dan harus memungkinkan rumah tangga yang mengalami kerawanan pangan untuk memenuhi kebutuhan mereka. Daripada melakukan pembayaran untuk kerja komunitas, imbal jasa dapat memberi bentuk insentif untuk menolong orang-orang melakukan tugas-tugas yang bermanfaat untuk dirinya sendiri. Masyarakat membeli kebutuhan mereka dan dampak dari memberikan mereka uang tunai atau makanan untuk kebutuhan dasar lainnya (misalnya sekolah, akses ke layanan kesehatan, dan kewajiban sosial) harus dipertimbangkan.

Jenis dan tingkat imbal jasa harus diputuskan kasus per kasus, dengan mempertimbangkan faktor tersebut di atas, ketersediaan uang tunai dan makanan, dan kemungkinan dampaknya pada pasar tenaga kerja lokal.

4. **Pembayaran:** tidak ada pedoman imbal jasa yang telah diterima secara universal untuk menetapkan tingkat imbal jasa, namun ketika imbal jasa dapat diberikan sebagai pembagian pendapatan, maka nilai jual kembali (misalnya makanan) di pasar lokal harus dipertimbangkan. Keuntungan bersih pendapatan untuk orang-perorangan melalui partisipasi dalam kegiatan program harus lebih besar daripada jika mereka menghabiskan waktu untuk melakukan kegiatan lainnya. Hal ini berlaku untuk makanan – dan uang tunai – untuk kegiatan kerja dan juga kredit, memulai usaha. Peluang untuk mendapatkan penghasilan produksi harus meningkatkan berbagai sumber pendapatan dan tidak menggantikan sumber pendapatan yang sudah ada. Imbal jasa tidak boleh berdampak negatif terhadap pasar tenaga kerja lokal, misalnya dengan menyebabkan inflasi tingkat upah pekerja, mengalihkan tenaga kerja dari kegiatan lain, atau merusak layanan publik yang penting.
5. **Risiko di lingkungan kerja:** suatu lingkungan kerja yang berisiko tinggi harus dihindari dengan menyiapkan prosedur praktis untuk menghindari risiko atau mengakibatkan luka apabila diperlukan, misalnya melakukan *briefing*, pakaian pelindung, dan perlengkapan pertolongan pertama. Hal ini termasuk meminimalkan risiko terpapar HIV. Praktik untuk meningkatkan keselamatan dalam perjalanan termasuk mengamankan jalur akses untuk bekerja, memastikan rute yang baik bisa digunakan, menyiapkan senter atau obor, menggunakan sistem peringatan dini (mungkin dengan menggunakan lonceng, peluit, radio, dan perangkat lainnya) dan melakukan norma-norma keamanan, misalnya selalu bepergian di dalam kelompok atau menghindari perjalanan setelah hari gelap. Perhatian khusus harus diberikan kepada perempuan, anak-anak dan lainnya yang berisiko pada kekerasan seksual. Pastikan bahwa semua peserta menyadari prosedur darurat dan dapat mengakses sistem peringatan dini (lihat Prinsip Perlindungan 1 dan 3).
6. **Risiko kerawanan dan penyelewengan:** penyerahan sumber daya dalam bentuk makanan atau uang tunai sebagai pengganti kerja (misalnya pinjaman atau pembayaran untuk pekerjaan yang dilakukan) merupakan suatu masalah keamanan baru baik untuk staf mau pun penerima manfaat (lihat Standar Ketahanan Pangan –pembagian makanan 5, Catatan Panduan 6 dan Standar Ketahanan Pangan –pembagian uang tunai dan kupon 1, Catatan Panduan 4).
7. **Tanggungjawab perawatan dan mata pencarian:** kesempatan berpartisipasi dalam mendapatkan pendapatan tidak boleh melemahkan para perawat anak-anak atau para perawat orang-orang dengan ketidakmampuan fisik sebab hal tersebut dapat menyebabkan



meningkatnya kerawanan pangan dan risiko kesehatan yang lain. Program mungkin perlu mempertimbangkan untuk mempekerjakan para perawat tersebut – atau menyediakan fasilitas perawatan. Mungkin tidak cocok untuk mengenalkan peningkatan beban kerja kepada kehidupan orang, khususnya perempuan. Program tidak boleh memengaruhi akses kepada kesempatan lain, misalnya pekerjaan lain atau pendidikan, atau mengalihkan sumber daya rumah tangga dari kegiatan produktif yang sudah ada. Partisipasi dalam mendapatkan pendapatan harus menghormati hukum nasional untuk usia minimum untuk mendaftar kerja, biasanya tidak kurang dari usia untuk menyelesaikan wajib belajar.

- 8. *Penggunaan imbal jasa:*** imbal jasa yang adil berarti bahwa pendapatan yang dihasilkan memberikan sumbangan yang bermakna pada sumber daya yang diperlukan untuk ketahanan pangan. Pengelolaan uang tunai atau kupon rumah tangga harus dipahami (termasuk distribusi intra-rumah tangga dan penggunaan akhir), karena cara penyaluran dapat memperburuk atau pun memperbaiki ketahanan pangan anggota keluarga. Tindakan tanggap darurat yang menghasilkan pendapatan dan pekerjaan sering memiliki beberapa tujuan ketahanan pangan. Contohnya, perbaikan jalan dapat meningkatkan akses ke pasar dan akses ke perawatan kesehatan, sementara memperbaiki atau fasilitas pengumpulan air dan sistem irigasi dapat meningkatkan produktivitas.

Standar Ketahanan Pangan – mata pencarian 3: Akses Pasar

Perlindungan dan promosi keamanan akses untuk penduduk terkena dampak bencana pergi ke pasar untuk mendapatkan barang dan layanan/jasa sebagai produsen, konsumen, dan pedagang.

Aksi kunci (dibaca bersama Catatan Panduan)

- Melindungi dan memperkuat akses produsen, konsumen, dan pedagang terhadap pasar yang beroperasi (lihat Catatan Panduan 1).
- Tindakan tanggap darurat ketahanan pangan dan mata pencarian dilakukan berdasarkan pemahaman apakah pasar lokal berfungsi atau terganggu, serta potensi ya untuk diperkuat (lihat Catatan Panduan 2).
- Kajian pasar dilakukan sebelum setiap intervensi untuk perbaikan dan perubahan kebijakan dilakukan (lihat Catatan Panduan 3).
- Mengambil langkah-langkah untuk mempromosikan dan mendukung akses pasar untuk orang-orang yang rentan (lihat Catatan Panduan 4).
- Pengawasan dampak merugikan dari tindakan tanggap darurat harus dilakukan, termasuk pembelian makanan dan distribusinya pada pasar lokal (lihat Catatan Panduan 5).
- Meminimalkan konsekuensi negatif yang ekstrem dari perubahan harga musiman atau abnormal pada pasar (lihat Catatan Panduan 6).

Indikator kunci (harus dibaca bersama dengan Catatan Panduan)

- Intervensi dirancang untuk mendukung pemulihan pasar, baik melalui intervensi langsung atau melalui pengembangan pedagang lokal dengan menggunakan program uang tunai dan/atau kupon.
- Semua penduduk terkena bencana yang disasar memiliki akses penuh yang aman ke pasar untuk mendapatkan barang, layanan/jasa, dan sistem sepanjang masa program.

Catatan Panduan

1. **Permintaan dan penawaran pasar:** akses ekonomi ke pasar sangat dipengaruhi oleh daya beli, harga pasar, dan ketersediaan. Keterjangkauan ini tergantung pada bentuk perdagangan antara kebutuhan pasar (pangan, input pertanian penting seperti bibit, peralatan kesehatan) dan sumber pendapatan (tanaman yang bisa dijual, ternak, upah). Penurunan aset di saat terjadi kemerosotan perdagangan oleh orang-orang yang beramai-ramai menjual aset mereka (terkadang dengan harga yang sangat rendah) untuk membeli kebutuhan dasar (dengan harga yang meningkat tajam). Akses ke pasar mungkin juga dipengaruhi oleh lingkungan politik dan keamanan dan dengan pertimbangan budaya atau agama yang membatasi akses kelompok tertentu, misalnya kelompok minoritas.
2. **Analisis pasar:** Pertimbangan harus diberikan untuk kembali mengembalikan fungsi pasar bagi semua orang yang terkena dampak bencana, termasuk orang-orang yang rentan. Tanggap darurat yang menyediakan uang tunai, kupon, atau makanan atau yang menyediakan masukan harus didahulukan sesuai dengan tingkat kajian pasar untuk jenis komoditi yang ditawarkan. Kelebihan pembelian lokal akan mendukung produsen lokal namun sebelumnya risiko yang mungkin akan merugikan harus terlebih dahulu diidentifikasi. Impor cenderung akan menurunkan harga pangan lokal (lihat Standar Pengkajian Ketahanan Pangan dan Gizi 1, Catatan Panduan 7).
3. **Advokasi:** operasi pasar akan memengaruhi kondisi pasar lokal dalam perekonomian nasional dan global yang lebih luas. Contohnya, kebijakan pemerintah, termasuk kebijakan harga dan perdagangan, pengaruh akses, dan ketersediaan. Meskipun tindakan pada tingkat ini akan berada di luar lingkup tanggap darurat bencana, faktor-faktor tersebut harus dikaji karena mungkin ada peluang untuk kerja sama atau untuk melakukan advokasi perbaikan dengan pemerintah dan organisasi lainnya (lihat Prinsip Perlindungan 3).
4. **Orang rentan:** Kajian kerentanan untuk mengidentifikasi orang-orang yang memiliki akses terbatas ke pasar atau kesempatan mendapatkan mata pencarian harus dilakukan. Orang berkebutuhan khusus cacat, ODHA, usia lanjut, dan perempuan dengan kemampuan untuk merawat orang lain harus didukung untuk dapat mengakses pasar.



5. **Dampak intervensi** : pengadaan pangan lokal, benih, atau barang lainnya dapat menyebabkan inflasi lokal yang merugikan konsumen namun menguntungkan produsen lokal. Sebaliknya, makanan impor dapat mendorong turunnya harga dan tidak menguntungkan bagi produsen lokal, berpotensi meningkatkan kerawanan pangan. Penyediaan uang tunai mungkin akan memiliki efek ganda yang positif namun juga dapat menyebabkan kenaikan harga barang-barang lokal utama. Tindakan tanggap darurat untuk melakukan pengadaan harus memantau dan mempertimbangkan dampak tersebut. Penyaluran makanan juga dapat memengaruhi daya beli penerima manfaat, karena merupakan bentuk lain dari penghasilan. Beberapa barang lebih mudah untuk dijual dengan harga yang lebih tinggi daripada barang lain, misalnya minyak versus makanan yang dicampur. 'Daya beli' terkait dengan makanan yang diberikan atau pun keranjang makanan akan memengaruhi apakah makanan itu akan dimakan sendiri atau akan dijual oleh rumah tangga penerima manfaat. Pemahaman tentang penjualan dan pembelian rumah tangga adalah penting dalam menentukan dampak yang lebih luas dari program distribusi makanan.
6. **Kenaikan harga musiman yang sangat ekstrem** dapat memengaruhi produsen pertanian yang miskin, yang harus menjual hasil panen mereka ketika harga sangat rendah (biasanya hanya setelah panen) atau ternak yang terpaksa dijual selama musim kemarau. Sebaliknya konsumen yang memiliki penghasilan kecil tidak mampu untuk berinvestasi pada persediaan pangan, tergantung hanya pada pembelian sedikit demi sedikit namun sering. Oleh sebab itu, mereka dipaksa untuk membeli bahkan dengan harga tinggi (misalnya selama kekeringan). Contoh intervensi yang dapat meminimalkan efek ini termasuk memperbaiki transportasi dan sistem penyimpanan, produksi beragam macam pangan dan ketersediaan uang tunai atau makanan di saat kritis.

Lampiran 1

Daftar Periksa Pengkajian Ketahanan Pangan dan Mata Pencarian

Pengkajian ketahanan pangan sering secara umum mengategorikan penduduk yang terkena bencana ke dalam kelompok mata pencarian, menurut sumber mereka, dan strategi untuk mendapatkan penghasilan atau makanan. Ini juga termasuk rincian penduduk menurut kelompok kekayaan atau strata. Hal ini penting untuk membandingkan situasi yang berlaku dengan sejarah ketahanan pangan sebelum bencana. Biasanya disebut 'tahun rata-rata normal' yang dapat dianggap sebagai dasarnya. Peran khusus dan kerentanan perempuan dan laki-laki, dan implikasi untuk ketahanan pangan rumah tangga harus dipertimbangkan. Pertanyaan-pertanyaan dalam daftar periksa berikut mencakup bidang-bidang yang luas, yang biasanya dijadikan dasar dalam menilai ketahanan pangan.

1. Ketahanan pangan dari kelompok sumber mata pencarian

- Apakah ada kelompok populasi yang berbagi strategi mata pencarian yang sama? Cara ini dapat dikategorikan menurut sumber – sumber utama makanan atau pendapatan?

2. Ketahanan pangan prabencana (*baseline*)

- Bagaimana kelompok mata pencarian yang berbeda memperoleh mata pencarian atau pendapatan sebelum kejadian bencana? Untuk rata-rata dari tahun-tahun sebelumnya, apa saja sumber pangan dan pendapatan?
- Melihat kembali kelima tahun terakhir, bagaimana ketahanan pangan bervariasi dari tahun ke tahun? (membangun catatan sejarah perubahan per tahun antara kondisi yang baik dan buruk per tahun mungkin akan sangat berguna)
- Apa saja jenis aset, tabungan, atau dana cadangan lain yang dimiliki oleh kelompok dengan sumber mata pencarian yang berbeda (misalnya cadangan pangan, dana tabungan, kepemilikan ternak, investasi, kredit, utang)
- Selama periode seminggu atau sebulan, apa saja yang mencakup pengeluaran rumah tangga dan proporsi yang diperuntukkan untuk setiap jenis?



- Siapa yang memegang dana tanggap darurat di dalam rumah tangga dan untuk apa saja dana tersebut digunakan?
- Seberapa baik akses ke pasar terdekat untuk mendapatkan barang-barang yang dibutuhkan? (mempertimbangkan jarak, keamanan, kemudahan pergerakan, ketersediaan informasi pasar, transportasi)
- Bagaimana ketersediaan dan harga dari barang-barang pokok, termasuk pangan?
- Sebelum kejadian bencana, berapa rata-rata jumlah pendapatan penting dibandingkan dengan harga barang dan makanan, misalnya upah untuk makanan, ternak untuk makanan?

3. Ketahanan pangan saat bencana

- Bagaimana bencana memengaruhi berbagai sumber bahan pangan dan pendapatan untuk masing-masing kelompok mata pencarian yang telah diidentifikasi?
- Bagaimana hal tersebut memengaruhi ketahanan pangan berdasarkan musim untuk kelompok-kelompok yang berbeda?
- Bagaimana hal tersebut memengaruhi akses ke pasar, ketersediaan pasar, dan harga dari barang-barang kebutuhan pokok?
- Untuk kelompok mata pencarian yang berbeda, strategi apa saja yang tersedia, dan berapa banyak orang yang berada dalam cakupan strategi tersebut?
- Bagaimana strategi tersebut berubah karena situasi sebelum kejadian bencana?
- Kelompok atau penduduk apa yang paling paling terkena dampak?
- Apa dampak jangka pendek dan dampak jangka panjang dari strategi bertahan tersebut pada kondisi ekonomi dan aset masyarakat?
- Untuk semua kelompok mata pencarian dan semua orang yang rentan, apa dampak dari strategi tersebut terhadap kesehatan, kesejahteraan secara umum, dan martabat mereka? Apakah ada risiko yang terkait dengan strategi bertahan tersebut?

Lampiran 2

Daftar Periksa Pengkajian Keamanan Benih

Berikut adalah contoh pertanyaan untuk pengkajian keamanan benih:

1. Pra-bencana (*data dasar*)

- Apa tanaman petani yang paling penting? Tanaman apa yang mereka gunakan untuk –konsumsi, pendapatan, atau keduanya? Apakah tanaman-tanaman ini dapat tumbuh di setiap musim? Tanaman sampingan apa saja yang dapat menjadi penting di saat kondisi stres?
- Bagaimana petani biasanya mendapatkan benih atau bahan tanam lainnya untuk jenis tanaman tersebut? (pertimbangkan semua kemungkinan)
- Apa parameter yang digunakan untuk setiap jenis tanaman utama? Berapa luasan areal pertanaman rata-rata? Berapa jumlah biaya untuk melakukan penyemaian? Berapa jumlah rata-rata benih (rasio jumlah benih yang dipanen dan yang digunakan untuk pertanaman)
- Apakah ada jenis input yang lebih disukai atau dianggap lebih penting untuk jenis tanaman tertentu?
- Input produksi apa saja yang penting untuk jenis varietas atau jenis tanaman tertentu?
- Siapa di dalam rumah tangga yang mengambil keputusan dalam kondisi darurat, mengurus tanaman, dan mengelola hasil produksi tanaman di setiap tahap yang berbeda dan pasca-produksi?

2. Setelah bencana

- Apakah intervensi yang berhubungan dengan pertanian dianggap layak dari sudut pandang penerima manfaat?
- Apakah petani yakin bahwa situasi sudah cukup stabil dan aman dan memungkinkan bagi mereka untuk melakukan kegiatan penanaman, pemanenan, dan menjual atau mengonsumsi hasil panen?
- Apakah mereka memiliki akses untuk menuju ke ladang dan lokasi-lokasi produksi lainnya (pupuk, hewan?)
- Apakah mereka siap untuk kembali terlibat dalam proses pertanian?

Pengkajian permintaan dan ketersediaan benih: cadangan rumah tangga

- Apakah jumlah benih yang diproduksi oleh rumah tangga tersedia untuk



disemai? Ini termasuk hasil panen petani sendiri dan benih yang dapat tersedia melalui hubungan sosial (misalnya tetangga).

- Apakah jenis tersebut adalah jenis yang ingin ditanam oleh petani? Apakah benih tersebut dapat beradaptasi dengan kondisi lokal? Apakah masih ada permintaan untuk benih tersebut?
- Apakah varietas yang dihasilkan oleh petani masih cocok untuk musim tanam berikutnya? Apakah kualitas benih tersebut sesuai dengan standar normal yang digunakan oleh petani?

Kajian permintaan dan ketersediaan benih: pasar lokal

- Apakah pasar secara umum berfungsi meskipun dalam kondisi bencana (ada hari pasar, apakah petani dapat bergerak, menjual, dan membeli secara bebas?)
- Apakah jumlah benih atau bibit yang tersedia saat ini sebanding dengan jumlah yang tersedia di saat kondisi normal pada musim sebelumnya?
- Apakah tanaman dan varietas yang ditemukan oleh petani cocok untuk dipelihara dan sesuai dengan permintaan pasar?
- Apakah harga benih atau bibit di pasar sebanding dengan harga pada saat yang sama di musim sebelumnya? Apabila ada perbedaan harga, apakah ada kemungkinan hal tersebut menjadi masalah bagi petani?

Kajian permintaan dan ketersediaan benih: benih sektor formal

- Apakah varietas dan jenis yang ditawarkan oleh sektor formal dapat beradaptasi dengan kondisi stres tertentu? Apakah ada bukti bahwa petani menyukai benih tersebut?
- Dapatkah jumlah benih sektor formal yang tersedia memenuhi kebutuhan benih untuk bantuan? Jika tidak, seberapa besar kebutuhan petani dapat dipenuhi?

Lampiran 3

Daftar Periksa Pengkajian Gizi

Berikut adalah contoh kajian untuk mengetahui penyebab gizi buruk, tingkat risiko, dan kemungkinan tindakan tanggap darurat. Pertanyaan didasarkan pada kerangka konseptual dari penyebab gizi buruk. Informasi ini mungkin tersedia dari berbagai sumber dan pengumpulan informasi tersebut akan membutuhkan alat kajian, termasuk wawancara dengan informan kunci, pengamatan, dan tinjauan data sekunder (lihat Standar Inti 1, 3–4).

Pra-situasi darurat

1. Informasi apa saja yang sudah tersedia, skala dan penyebab gizi buruk di antara penduduk yang terkena dampak (lihat Standar Pengkajian Ketahanan Pangan dan Gizi 2)?

Risiko Gizi Saat Ini

1. Risiko gizi yang berhubungan dengan mengurangi akses terhadap makanan – lihat Lampiran 1: Daftar Periksa Kajian Ketahanan Pangan dan Mata Pencarian.
2. Risiko gizi yang berkaitan dengan pemberian makanan bayi dan kanak-kanak dan pelaksanaan perawatan
 - Apakah ada perubahan dalam pekerjaan dan pola sosial (misalnya karena migrasi, perpindahan, atau konflik bersenjata) yang berarti bahwa ada peran dan tindakan tanggap darurat yang berubah dalam rumah tangga?
 - Apakah ada perubahan dalam komposisi normal rumah tangga? Apakah ada banyak anak yang terpisah?
 - Apakah lingkungan perawatan normal telah terganggu (misalnya karena perpindahan), memengaruhi akses ke pengasuh sekunder, akses pada makanan untuk anak-anak, akses pada air?
 - Apakah ada bayi yang tidak disusui? Apakah ada bayi yang diberi makanan tambahan?
 - Apakah ada bukti atau kecurigaan penurunan praktik pemberian makanan bayi dalam kondisi darurat, khususnya setiap inisiasi menyusui atau tingkat pemberian ASI eksklusif, setiap kenaikan tingkat pemberian pangan buatan dan/atau setiap peningkatan proporsi bayi yang tidak disusui?



- Apakah makanan pendamping tersedia, bergizi cukup, makanan pendamping aman, dan sarana untuk mempersiapkan makanan tersebut dipersiapkan dengan bersih dapat diakses?
 - Apakah ada bukti atau kecurigaan penyaluran umum pengganti ASI seperti susu formula bayi, produksi susu lainnya, botol, dot, baik yang disumbangkan atau dibeli?
 - Di masyarakat peternakan, apakah memiliki ternak yang berada jauh dari kanak-kanak untuk waktu yang lama? Apakah akses terhadap susu berubah dari kondisi normal?
 - Apakah HIV dan AIDS berdampak terhadap praktik perawatan di tingkat rumah tangga?
3. Risiko gizi yang berkaitan dengan kesehatan masyarakat miskin (lihat Bab Kesehatan)
- Apakah ada laporan tentang wabah penyakit yang dapat memengaruhi status gizi, seperti campak atau penyakit diare akut? Apakah ada risiko bahwa wabah tersebut akan terjadi? (lihat Standar Pelayanan Kesehatan Dasar –pengendalian penyakit menular 1–3)
 - Apakah perkiraan jumlah vaksinasi campak dapat memenuhi kebutuhan penduduk yang terkena bencana? (lihat Standar Pelayanan Kesehatan Dasar –kesehatan anak 1)
 - Apakah vitamin A secara rutin diberikan bersama vaksinasi campak? Seberapa banyak persediaan vitamin A dapat memenuhi kebutuhan?
 - Apakah ada perkiraan angka kematian (baik angka kematian kasar mau pun angka kematian usia di bawah 5 tahun)? Metode apa yang digunakan? (lihat Standar layanan kesehatan dasar 1)
 - Apakah ada, atau akan ada, penurunan yang signifikan pada suhu kamar yang kemungkinan akan memengaruhi prevalensi infeksi saluran pernapasan akut atau kebutuhan energi dari penduduk yang terkena dampak bencana?
 - Apakah ada prevalensi HIV yang tinggi?
 - Apakah orang-orang yang rentan mengalami kerawanan pangan disebabkan karena kemiskinan atau kesehatan yang buruk?
 - Apakah ada risiko berlebihan atau kemungkinan kejadian TB yang tinggi?
 - Apakah ada insiden malaria yang tinggi?
 - Apakah orang-orang berada di air atau dengan pakaian basah atau terpapar kondisi lingkungan yang sulit untuk jangka waktu yang lama?
4. Apakah tersedia struktur formal dan informal lokal sehingga intervensi potensial dapat disalurkan?
- Apakah kemampuan dari kementerian kesehatan, organisasi keagamaan, kelompok masyarakat pendukung, kelompok pendukung menyusui atau LSM dengan pendampingan jangka pendek atau pun jangka panjang di daerah tersebut?

- Apakah tersedia intervensi gizi atau dukungan berbasis komunitas dan diselenggarakan oleh masyarakat lokal, orang-perorangan, LSM, organisasi pemerintah, lembaga-lembaga PBB, organisasi keagamaan? Apa saja kebijakan menyangkut gizi (masa lalu, saat ini, dan yang sudah dilakukan), rencana jangka panjang tindakan tanggap darurat menyangkut perbaikan gizi dan program yang sudah dilaksanakan atau pun direncanakan untuk situasi saat ini?



Lampiran 4

Pengukuran kurang gizi akut

Dalam keadaan darurat di mana kondisi sangat menurun, mungkin perlu untuk memasukkan bayi berusia kurang dari 6 bulan, perempuan hamil dan menyusui, kanak-kanak, remaja, dewasa, atau orang tua ke dalam kajian gizi atau program perbaikan gizi.

Survei kelompok usia lainnya dari anak usia 6–59 bulan dilakukan apabila:

- Analisis kontekstual yang menyeluruh dari situasi sudah dilakukan, termasuk analisis penyebab gizi buruk. Hanya apabila hasil analisis ini menunjukkan bahwa status gizi kanak-kanak tidak menunjukkan status gizi penduduk umum maka survei status gizi bagi kelompok usia lainnya dipertimbangkan untuk dilakukan.
- Tersedia keahlian teknis untuk memastikan mutu pengumpulan data, analisis yang memadai, dan interpretasi adil serta presentasi yang benar.
- Sumber daya dan/atau biaya kesempatan dari kelompok usia lainnya termasuk dalam survei yang telah dipertimbangkan.
- Tujuan dan sasaran survei yang diformulasikan dengan benar dan didokumentasikan dengan baik.

Bayi berusia di bawah 6 bulan

Pada saat ini penelitian untuk kelompok usia ini sedang berlangsung. Dasar bukti untuk mengkaji dan pengelolaan masih terbatas saat ini. Kebanyakan pedoman merekomendasikan definisi kasus antropometrik yang sama pada kasus gizi buruk akut untuk kanak-kanak yang berusia di atas 6–59 bulan (kecuali untuk lingkaran lengan atas atau *Mid Upper Arm Circumference* (MUAC) yang saat ini tidak dianjurkan untuk bayi berusia < 6 bulan). Kriteria penerimaan saat ini berfokus pada ukuran saat ini dan bukan kajian pertumbuhan. Peralihan dari referensi pertumbuhan NCHS pada standar hasil pertumbuhan WHO 2006 di banyak kasus bayi berusia < 6 bulan. Implikasi dari perubahan ini harus dipertimbangkan dan diatasi. Masalah-masalah potensial termasuk lebih banyak bayi yang ikut dalam program pemberian makanan atau para pengasuh yang menjadi semakin peduli tentang pemberian dan kecukupan ASI eksklusif. Adalah penting untuk menilai dan mempertimbangkan:

- Pertambahan tinggi bayi – adalah tingkat pertumbuhan yang baik meskipun ukuran tubuh bayi tersebut kecil (beberapa bayi mungkin, misalnya menjadi “pengejar” kenaikan berat badan karena terlahir dengan berat badan kurang?)

- Praktik pemberian makanan pada bayi – apakah bayi mendapatkan ASI eksklusif?
- Status klinis – apakah bayi memiliki komplikasi medis atau kondisi yang dapat diobati atau membuatnya berada dalam kondisi berisiko tinggi?
- Faktor ibu – misalnya, apakah ibu kurang mendapatkan dukungan dari keluarga atau apakah dia mengalami depresi? Rawat inap untuk mendapatkan program pemberian makanan terapi harus menjadi prioritas untuk bayi berisiko tinggi.

Kanak-kanak 6–59 bulan

Tabel di bawah ini menunjukkan indikator yang banyak digunakan untuk berbagai kondisi gizi buruk untuk kanak-kanak berusia 6–59 bulan. *Weight for height (WFH)* atau indeks berat terhadap tinggi harus dihitung dengan menggunakan standar pertumbuhan anak WHO 2006. Nilai WFH Z (menurut standar WHO) merupakan indikator yang lebih disukai untuk pelaporan hasil survei antropometrik. MUAC adalah kriteria independen untuk gizi buruk dan salah satu alat prediksi yang baik untuk tingkat kematian. Prevalensi yang rendah juga diteliti dalam survei untuk memprediksi beban kasus pemberian makanan tambahan dan program perawatan terapeutik. Ukuran lingkaran lengan atas < 11,5cm sering digunakan untuk kekurangan pangan akut, dan 11,5 – < 12,5cm untuk gizi buruk akut moderat. Lingkaran lengan atas *off* yang lebih tinggi juga sering digunakan, sebagai bagian dari proses penyaringan dua tahap. Ini tidak boleh digunakan sendiri dalam survei antropometrik namun dapat digunakan sebagai kriteria tunggal untuk program pangan.

	<i>Gizi Buruk Global Akut</i>	<i>Gizi Buruk Akut</i>	<i>Gizi Buruk Akut</i>
Kanak-kanak 6,0-59,9 bulan	Nilai WFH < -2 Z dan/atau MUAC <12,5cm dan/atau busung lapar	Nilai WFH -3 - <-2 Z dan/atau MUAC 11,5 - < 12,5cm	Nilai WFH < -3 Z dan/atau MUAC < 11,5cm dan/atau busung lapar

Kanak-kanak berusia 5–19 tahun

Dianjurkan untuk menggunakan standar pertumbuhan WHO 2007 untuk mengukur status gizi pada kanak-kanak usia 5–19 tahun. Rujukan data pertumbuhan kurva adalah rekonstruksi referensi 1977 NCHS/WHO dan berkaitan erat dengan standar pertumbuhan kanak-kanak berusia 6–59 bulan WHO dan lingkaran lengan atas yang direkomendasikan untuk orang dewasa. Juga dapat dipertimbangkan penggunaan MUAC pada kanak-kanak dan remaja, khususnya dalam konteks HIV. Mengingat pada tahapan inilah masa perkembangan teknis, penting untuk mengacu pada panduan terbaru dan pembaruan teknisnya.



Dewasa (20–59,9 tahun)

Tidak ada definisi yang disepakati untuk gizi buruk bagi orang dewasa, namun bukti menunjukkan bahwa lingkaran lengan atas untuk gizi buruk yang lebih parah daripada indeks massa tubuh (BMI) dari 16 dan lebih rendah dari 18,5 untuk kurang gizi akut ringan dan sedang. Survei gizi buruk bagi orang dewasa harus bertujuan untuk mengumpulkan data tentang berat badan, tinggi badan, tinggi saat duduk dan pengukuran MUAC. Data ini dapat digunakan untuk menghitung BMI. BMI harus disesuaikan dengan Indeks Cormic (rasio tinggi badan di saat duduk terhadap tinggi badan di saat berdiri) untuk membuat perbandingan antara populasi. Penyesuaian tersebut secara mendasar dapat mengubah prevalensi gizi pada orang dewasa dan mungkin memiliki konsekuensi program penting. Pengukuran MUAC harus selalu diambil. Jika hasil langsung dibutuhkan dengan segera atau sumber daya yang sangat terbatas, survei mungkin didasarkan pada pengukuran MUAC saja.

Karena interpretasi hasil antropometrik akan rumit dengan kurangnya validasi data hasil fungsional dan tolok ukur untuk menentukan arti dari hasil, hasil tersebut harus ditafsirkan bersama dengan lingkup yang rinci. Panduan kajian dapat ditemukan di bagian rujukan dan bacaan lanjutan.

Penyaringan orang-perorangan untuk perawatan kurang gizi, kriteria harus mencakup kombinasi indeks antropometrik, tanda-tanda klinis (terutama kelemahan, penurunan berat badan terkini), dan faktor sosial (akses terhadap pangan, kehadiran perawat, tempat tinggal). Perhatikan bahwa edema pada orang dewasa dapat disebabkan oleh berbagai alasan selain kekurangan gizi dan petugas klinis harus mengkaji edema pada orang dewasa dengan pengecualian atas penyebab lainnya. Masing-masing lembaga harus menentukan indikator untuk menentukan kelayakan perawatan, dengan mempertimbangkan kelemahan yang diketahui oleh BMI dan kurangnya informasi tentang MUAC dan implikasi program penggunaannya. Mengingat pada tahapan inilah masa perkembangan teknis, penting untuk mengacu pada panduan terbaru dan pembaruan teknisnya.

MUAC dapat digunakan sebagai alat penyaringan untuk perempuan hamil, misalnya sebagai alat kriteria untuk masuk ke program pemberian pangan. Mengingat kebutuhan tambahan gizi mereka, ibu hamil mungkin menghadapi risiko yang lebih besar dibandingkan dengan kelompok lain dalam masyarakat. MUAC tidak berubah secara bermakna karena kehamilan. MUAC < 20,7 cm (risiko berat) dan < 23 cm (risiko sedang) telah terbukti membawa risiko kegagalan pertumbuhan janin. Disarankan lingkaran lengan atas untuk risiko yang bervariasi menurut negara dan berkisar antara 21 cm sampai 23 cm. Kurang dari 21 cm telah diusulkan sebagai lingkaran lengan atas untuk pemilihan perempuan pada risiko selama keadaan darurat.

Lanjut usia

Saat ini tidak ada definisi yang disepakati untuk gizi buruk pada lanjut usia, namun kelompok ini mungkin berisiko kekurangan gizi dalam keadaan darurat. WHO mengusulkan untuk menggunakan batas BMI untuk orang dewasa yang mungkin cocok digunakan untuk lanjut usia berusia 60–69 tahun ke atas. Namun, kecermatan pengukuran ini bermasalah karena kelengkungan tulang belakang (membungkuk) dan kompresi tulang belakang. Jangkauan lengan atau *demi-span* dapat digunakan sebagai pengganti tinggi, tetapi faktor multiplikasi untuk menghitung ketinggian bervariasi menurut penduduk. Pengkajian pengamatan diperlukan. MUAC mungkin merupakan alat yang berguna untuk mengukur gizi buruk pada lanjut usia tetapi penilaian tentang lingkaran lengan atas yang tepat saat ini masih dalam proses.

Orang berkebutuhan khusus

Tidak ada pedoman yang tersedia saat ini untuk mengukur orang-perorangan dengan cacat fisik dan, oleh sebab itu, mereka sering dikecualikan dalam survei antropometrik. Kajian visual sangat diperlukan. Pengukuran MUAC mungkin menyesatkan dalam kasus di mana otot lengan atas mungkin berkembang untuk membantu mobilitas. Alternatif untuk langkah-langkah pengukuran tinggi, termasuk panjang, panjang lengan, *demi-span*, atau panjang tungkai bawah. Perlu mengacu pada penelitian terbaru untuk menentukan cara paling tepat untuk mengukur orang berkebutuhan khusus ketika standar berat badan dan tinggi badan, serta standar pengukuran MUAC tidak sesuai.



Lampiran 5

Ukuran Pentingnya Kurang Zat Gizi Mikro dalam Kesehatan Masyarakat

Apabila penurunan gizi mikro secara klinis terdeteksi, kondisi ini harus segera diatasi per-orang. Masing-masing kasus kurang zat gizi mikro secara klinis juga biasanya menandakan adanya masalah mendasar kurang zat gizi mikro di tingkat masyarakat. Pengukuran dan klasifikasi kurang zat gizi mikro pada tingkat masyarakat adalah penting untuk perencanaan dan pemantauan intervensi.

Tes biokimia memiliki keuntungan untuk tindakan pengukuran objektif status zat gizi mikro. Namun, koleksi sampel biologis untuk pengujian sering menyajikan logistik, pelatihan staf, rantai dingin dan kadang-kadang tantangan penerimaan. Pengukuran biokimia juga tidak seperti yang jelas berguna, misalnya sensitif dan khusus, seperti yang dibayangkan. Mungkin juga ada variasi menurut jumlah hari sampel dikumpulkan dan menurut musim tahun ini, seperti gizi buruk akut, pengendalian mutu yang baik sangat penting dan harus selalu dipertimbangkan ketika memilih laboratorium untuk menguji sampel.

Apabila memungkinkan untuk melakukan kajian status zat gizi mikro kemungkinan asupan pangan yang berlebihan serta kekurangan pangan juga harus diperhatikan. Hal ini menjadi perhatian khusus, produk yang diperkaya atau produk suplemen yang digunakan untuk menyampaikan zat gizi mikro kepada penduduk yang terkena bencana.

Tabel di bawah ini menunjukkan klasifikasi pentingnya memerhatikan kekurangan gizi mikro tertentu dengan menggunakan indikator yang berbeda.

Indikator Kurang Zat Gizi Mikro	Usia yang Direkomendasikan untuk Survei Prevalensi	Definisi dari masalah kesehatan masyarakat	
		Derajat Keparahan	Prevalensi (%)
Kekurangan Vitamin A			
Rabun Senja (XN)	24–71 bulan	Ringan	$> 0 - < 1$
		Sedang	$\geq 1 - < 5$
		Berat	≥ 5
Bercak Bitots (X1B)	6–71 bulan	Tidak dijelaskan	> 0.5
Keringnya/ luka kornea / keratomalacia (X2, X3A, X3B)	6–71 bulan	Tidak dijelaskan	> 0.01
Parut kornea (XS)	6–71 bulan	Tidak dijelaskan	> 0.05
Serum retinol ($\leq 0.7 \mu\text{mol/L}$)	6–71 bulan	Ringan	$\geq 2 - < 10$
		Sedang	$\geq 10 - < 20$
		Berat	≥ 20
Kekurangan Yodium			
Gondok (visible + palpable)	Anak usia sekolah	Ringan	5.0 – 19.9
		Sedang	20.0 – 29.9
		Berat	≥ 30.0
Konsentrasi tengah yodium di air kencing ($\mu\text{g/l}$)	Anak usia sekolah	Asupan berlebih	$> 300^1$
		Asupan cukup	100 – 1991
		Defisiensi ringan	50 – 99
		Defisiensi sedang	20 – 49
		Defisiensi berat	$< 20^{\text{defined}}$
Kekurangan Zat Besi			
Anemia (Jumlah Haemoglobin Perempuan yang tidak hamil $< 12.0 \text{ g/dl}$; Kanak-kanak berusia 6-59 bulan $< 11.0 \text{ g/dl}$)	Perempuan, kanak-kanak usia 6-59 bulan	Rendah	5 – 20
		Sedang	20 – 40
		Tinggi	≥ 40
Beri-beri¹			



Tanda-tanda klinis	Seluruh penduduk	Ringan	≥ 1 case & < 1%
		Sedang	1 – 4
		Berat	≥ 5
Asupan diet (< 0.33 mg/1000 kcal)	Seluruh penduduk	Ringan	≥ 5
		Sedang	5 – 19
		Berat	20 – 49
Kematian bayi	Bayi berusia 2-5 bulan	Ringan	Tidak ada kenaikan rata-rata
		Sedang	Kenaikan rata-rata
		Berat	Ditandai tertinggi pada tingkat kematian bayi
Pellagra¹			
Tanda-tanda klinis (Dermatitis) pada kelompok umur yang disurvei	Seluruh penduduk atau perempuan berusia > 15 tahun	Ringan	≥ 1 kasus & < 1%
		Sedang	1 – 4
		Berat	≥ 5
Asupan diet ekuivalen niasin <5 mg/day	Seluruh penduduk atau perempuan berusia > 15 tahun	Ringan	5 – 19
		Sedang	20 – 49
		Berat	≥ 50
Scurvy¹			
Tanda-tanda klinis	Seluruh penduduk	Ringan	≥ 1 kasus & < 1%
		Sedang	1 – 4
		Berat	≥ 5

¹Untuk informasi tentang tes biokimia dan ambang batas kesehatan masyarakat harus mengacu pada kepustakaan terbaru dan saran-saran pakar.

Lampiran 6

Kebutuhan Gizi

Angka-angka berikut dapat digunakan untuk tujuan perencanaan pada tahap awal bencana. Persyaratan gizi minimum yang diberikan dalam tabel di bawah ini digunakan untuk menilai kecukupan ransum umum penyasaran penduduk. Persyaratan dihitung berdasarkan profil demografi, asumsi tentang suhu yang berubah, dan tingkat kegiatan masyarakat. Perlu juga diperhitungkan kebutuhan tambahan bagi perempuan hamil dan menyusui. Kebutuhan tersebut tidak dimaksudkan untuk menilai kecukupan jatah tambahan perawatan atau terapi atau untuk menilai jatah yang ditargetkan pada kelompok tertentu, seperti orang-perorangan yang menderita TB atau orang yang hidup dengan HIV.

Ada dua hal penting untuk dipertimbangkan sebelum menggunakan kebutuhan yang tercantum di bawah ini. Pertama, kebutuhan minimum rata-rata penduduk untuk kelompok penduduk memasukkan kebutuhan dari semua kelompok umur dan kedua jenis kelamin. Oleh sebab itu, tidak secara khusus diperuntukkan salah satu jenis kelamin dan tidak dapat digunakan sebagai kebutuhan bagi orang-perorangan. Kedua, kebutuhan gizi berdasarkan pada profil kependudukan.



Gizi	Kebutuhan Minimum Penduduk²
Energi	2,100 kkl
Protein	53 g (10% of total energi)
Lemak	40 g (17% of total energi)
Vitamin A	550 µg RAE
Vitamin D	6,1 µg
Vitamin E	8.0 mg alpha-TE
Vitamin K	48.2 µg
Vitamin B1 (Thiamin)	1,1 mg
Vitamin B2 (Riboflavin)	1,1 mg
Vitamin B3 (Niacin)	13,8 mg
Vitamin B6 (Pyidoxine)	1,2 mg
Vitamin B12 (Cobalamin)	2,2 µg
Asam Folat	363 µg DFE
Pantotenat	4,6 mg
Vitamin C	41,6 mg
Zat Besi	32 mg
Yodium	138 µg
Seng	12,4 mg
Tembaga	1,1 mg
Selenium	27,6 µg
Kalsium	989 mg
Magnesium	201 mg

Rujukan: Rujukan asupan gizi dari 'Vitamin and Mineral Requirements in Human Nutrition. Second edition' FAO/WHO (2004) digunakan untuk semua perhitungan kebutuhan vitamin dan mineral kecuali tembaga, karena kebutuhan ini tidak termasuk dalam daftar FAO/WHO (2004). Kebutuhan tembaga diambil dari 'Trace Elements in Human Nutrition and Health' WHO (1996).

¹Alpha-TE - alpha-tocopherol equivalents

RAE - retinol activity equivalents

NE - niacin equivalents

DFE - dietary folate equivalents

Tabel berikut memberikan indikator struktur umum penduduk rata-rata dikelompokkan berdasarkan usia. Namun, penting untuk dicatat bahwa ini adalah konteks-khusus dan dapat bervariasi secara bermakna. Sebagai contoh, di beberapa masyarakat pedesaan, perpindahan penduduk kelompok usia dewasa yang tidak proposional mengakibatkan tingginya jumlah orang tua merawat anak.

Kelompok	% populasi
0–6 bulan	1,32
7–11 bulan	0,95
1–3 tahun	6,58
4–6 tahun	6,41
7–9 tahun	6,37
10–18 tahun perempuan	9,01
10–18 tahun laki-laki	9,52
19–50 perempuan	17,42
51–65 perempuan	4,72
19–65 laki-laki	27,90
65+ perempuan	2,62
65+ laki-laki	2,18
Hamil	2,40
Menyusui	2,60

Rujukan: *United Nations (2003), World Population Prospects: The 2002 Revision, Interpolated Population by Sex, Single Years of Age and Single Calendar Years, 1950 to 2050.*

Kebutuhan energi penduduk harus disesuaikan dengan faktor-faktor berikut:

- Struktur demografis penduduk, khususnya persentase dari mereka yang berusia di bawah 5 tahun dan persentase perempuan;
- Rata-rata berat badan dewasa dan berat badan aktual, biasa, atau yang diinginkan;
- Tingkat kegiatan untuk mempertahankan kehidupan yang produktif – kebutuhan akan meningkat jika tingkat kegiatan melebihi kegiatan ringan (yaitu 1,6 x Rata-rata Metabolisme Dasar)
- Suhu rata-rata dan tempat hunian dan kemampuan pakaian – kebutuhan akan meningkat jika suhu rata-rata kurang dari 20°C
- Status gizi dan kesehatan penduduk – kebutuhan akan meningkat jika penduduk kurang gizi dan memiliki kebutuhan ekstra untuk mengejar pertumbuhan. Prevalensi HIV dan AIDS dapat memengaruhi kebutuhan rata-rata penduduk (lihat Standar Ketahanan Pangan –pembagian makanan 1). Apakah ransum umum harus disesuaikan untuk memenuhi kebutuhan akan tergantung pada analisis kontekstual dan rekomendasi internasional saat ini.

Jika tidak mungkin untuk mendapatkan jenis informasi dari kajian, angka-angka dalam tabel di atas harus digunakan sebagai kebutuhan minimum.



Rujukan dan Bacaan Lanjutan

Sumber

Black et al (2008), Maternal and child undernutrition 1. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. www.thelancet.com, series, 17 January.

CARE (2008), Coping Strategies Index: CSI Field Methods Manual.

Committee on World Food Security (2004), Voluntary guidelines to support the progressive realization of the right to adequate food in the context of national food security. Rome.

IFE Core Group (2007), Operational Guidance on Infant and Young Child Feeding in Emergencies. www.enonline.net/ife

Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE) (2004), Minimum Standards for Education in Emergencies, Chronic Crises and Early Reconstruction (includes School Feeding in Emergencies). Geneva.

International Labour Office (ILO) (1973), Minimum Age Convention No. 138. www.ilo.org/ilolex/english/convdisp1.htm

LEGS (2009), Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS). Practical Action Publishing, UK. www.livestock-emergency.net/userfiles/file/legs.pdf

Pejic, J (2001), The Right to Food in Situations of Armed Conflict: The Legal Framework. International Review of the Red Cross, vol 83, no 844 p1097. Geneva. <http://www.icrc.org>.

SMART (Standardised Monitoring and Assessments of Relief and Transition) Guidelines: SMART methodology version.

The Right to Adequate Food (Article 11: 12/05/99. E/C 12/1999/5, CESCR General Comment 12. United National Economic and Social Council (1999). www.unhchr.ch

UNHCR/World Food Programme (WFP)/University College London/IASC Nutrition Cluster (2006), NutVal 2006 version 2.2. www.nutval.net/2008/05/download-page.html

WFP (2006), Food Distribution Guidelines. Rome.

WHO (2009), Child Growth Standards and the identification of severe acute malnutrition in infants and children.

WHO (2007), Growth reference for school-aged children and adolescents. www.who.int/growthref/en/

WHO (1981), The International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes.

The full code and subsequent relevant World Health Assembly resolutions:
www.ibfan.org

Bacaan Lanjutan

Rujukan Kajian

Kajian Awal

IASC (2009), Multi-sektoral Initial Rapid Assessment (IRA) Tool. Global Health, Nutrition and WASH Clusters.

Kajian Ketahanan Pangan

CARE (2002), Household Livelihood Security Assessments: A Toolkit for Practitioners, USA.

Food and Nutrition Technical Assistance (FANTA)-2 (2009), Alternative Sampling Designs for Emergency Settings: A Guide for Survey Planning, Data Collection and Analysis. Washington DC. www.fantaproject.org/publications/asg2009.shtml

[FAO/WFP \(2009\), Crop and Food Security Assessment Missions \(CFSAM\) Guidelines](#). Rome

Save the Children (2008), The Household Economy Approach: A guide for programme planners and policy-makers. London.

WFP (2009), Emergency Food Security Assessment Handbook (EFSA) – second edition. Rome.

WFP (2009), Comprehensive Food Security and Vulnerability Analysis (CFSVA) Guidelines. Rome.

Kajian Keamanan Benih

Longley, C et al (2002), Do Farmers Need Relief Seed? A Methodology for Assessing Seed Systems. *Disasters*, 26, 343–355.

Sperling, L (2008), When disaster strikes: a guide to assessing seed system security. International Center for Tropical Agriculture. Cali, Colombia.

Kajian Sumber Mata Pencarian

Jaspers, S and Shoham, J (2002), A Critical Review of Approaches to Assessing and Monitoring Livelihoods in Situations of Chronic Conflict and Political Instability. ODI.

IASC (2009), Matrix on Agency Roles and Responsibilities for Ensuring a Coordinated, Multi-Sektoral Fuel Strategy in Humanitarian Settings. Version 1.1. Task Force on Safe Access to Firewood and Alternative Energi in Humanitarian Settings.



Pasar

CARE (2008), Cash, Local Purchase, and/or Imported Food Aid?: Market Information and Food Insecurity Response Analysis.

Mike, A (2010), Emergency Market Mapping and Analysis (EMMA) toolkit. Practical action, Oxfam GB.

Konsumsi Makanan

Food and Nutrition Technical Assistance Project (2006), Household Dietary Diversity Score (HDDS).

WFP (2008), [Food Consumption Analysis: Calculation and Use of the Food Consumption Score in Food Security Analysis](#). Technical Guidance Sheet. Rome.

Metodologi Partisipatif

ActionAid (2004), Participatory Vulnerability Analysis. London.

CARE (2009), Climate Vulnerability and Capacity Analysis handbook.

IFRC (2007), How to do a Vulnerability and Capacity Assessment (VCA), a step-by-step guide for Red Cross and Red Crescent Staff and Volunteers. Geneva.

Tearfund (2009), Climate change and Environmental Degradation Risk and Adaptation assessment CEDRA.

Sistem Informasi Ketahanan Pangan dan Gizi

Famine Early Warning Systems Network (FEWS NET): www.fews.net

Food Insecurity and Vulnerability Information and Mapping Systems (FIVIMS): www.fivims.net/index.jsp

Integrated Food Security Phase Classification (2008), Technical Manual. Version 1.1.

Global Information and Early Warning System on Food and Agriculture, FAO: www.fao.org

Shoham, J, Watson, F and Dolan, C, The use of nutrition indicators in surveillance systems, Technical paper 2. ODI. London.

Kajian Anthropometrik

Centers for Disease Control and Prevention (CDC)/WFP (2005), A Manual: Measuring and Interpreting Malnutrition and Mortality. Rome.

Collins, S, Duffield, A and Myatt, M (2000), [Adults: Assessment of Nutritional Status in Emergency-Affected Populations](#). Geneva.

UN ACC Sub Committee on Nutrition (2001), Assessment of Adult Undernutrition in Emergencies. Report of an SCN working group on emergencies special meeting in SCN News, 22, pp49–51. Geneva.

Save the Children UK (2004), Emergency nutrition assessment, and guidance for field workers. London

Young, H and Jaspars, S (2006), *The meaning and measurement of acute malnutrition in emergencies. A primer for decision makers.* London.

KajianZat Gizi Mikro

Gorstein,J et al (2007), *Indicators and methods for cross sectional surveis of vitamin and mineral status of populations.*

Seal, A. and Prudhon C (2007), *Assessing micronutrient deficiencies in emergencies: Current practice and future directions.* Geneva

Kajian IYCF

CARE (2010), *Infant and young child feeding practices. Collecting and Using Data: A Step-by-Step Guide.* www.ennonline.net/resources

Makanan Bayi dan kanak-kanak

IFE Core Group (2009), *Protecting infants in emergencies, Information for the media.* www.ennonline.net/ife.

IFE Core Group and collaborators (2009), *IFE Module 1: Orientation package on IFE.* www.ennonline.net/ife

IFE Core Group and collaborators (2007), *Module 2 on Infant Feeding in Emergencies for health and nutrition workers in emergency situations.* www.ennonline.net/ife

UNICEF/WHO (2003), *Global Strategy for infant and young child feeding.* Geneva.

WHO (2004), *Guiding Principles for feeding infants and young children during emergencies.* Geneva.

UNHCR (2009), *Guidance on Infant feeding and HIV in the Context of Refugees and Displaced Populations.* www.ennonline.net/ife

USAID/AED/FANTA/University of California DAVIS/International Food Policy Research Institute (IFPRI)/UNICEF/WHO (2007), *Indicators for assessing infant and young child feeding practices.* Washington DC.

WHO (2010), HIV and infant feeding. Principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of evidence. Geneva.



Intervensi Ketahanan Pangan

Umum

Barrett, C and Maxwell, D (2005), *Food Aid After Fifty Years: Recasting Its Role.* London.

IASC (2005), *Guidelines for Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Settings – Focusing on Prevention of and Response to Sexual Violence in Emergencies, Chapters 1–4, Action Sheet 6.1 Food Security and Nutrition.*

Maxwell, D et al (2008), Emergency food security interventions. ODI, Good Practice Review #10. Relief and Rehabilitation Network, ODI. London.
UNHCR/UNICEF/WFP/WHO (2002), Food and Nutrition Needs in Emergencies. Geneva.

Distribusi Pangan dan Target

Jaspars, S and Young, H (1995), General Food Distribution in Emergencies: from Nutritional Needs to Political Priorities. Good Practice Review 3. Relief and Rehabilitation Network, ODI. London.
WFP (2009), School Feeding Quality Standards. Rome.
WFP (2008), Food Assistance in the context of HIV: Ration Design Guide. Rome.
WFP (2006), Targeting in Emergencies. Rome.
UNHCR (2003), UNHCR Handbook for Registration. Geneva.

Pengelolaan Rantai Suplai dan Kualitas serta Keamanan Pangan

CARE, Food Resource Management handbook.
Logistics Cluster (2010), Logistics Operational Guide. WFP. Rome.
United Nations Humanitarian Tanggap darurat Depot (2010), Catalogue and Standar Operating Procedures. www.unhrd.org
WFP (2010), Food Quality Control: <http://foodquality.wfp.org>
WFP (2003), Food Storage Manual. Natural Resources Institute/WFP. Chatham, UK and Rome.
World Vision International. World Vision Food Resource Manual. Second edition.
World Vision International. Food Monitors Manual.
Intervensi Uang Tunai dan Kupon
Action contre la faim (2007), *Implementing Cash-Based Interventions. A guide for aid workers*. Paris.
Adams, L (2007), Learnings from cash responses to the tsunami: Final report, HPG background paper.
Cash Learning Partnership (2010), *Delivering Money: Cash Transfer Mechanisms in Emergencies*. Save the Children UK/Oxfam GB/British Red Cross, with support from ECHO. London.
Creti, P and Jaspars, S (2006), *Cash Transfer Programming in emergencies*, Oxfam GB. London.
Harvey, P (2005), *Cash and Vouchers in Emergencies*, HPG background paper. ODI. London.
Intervensi Benih
Catholic Relief Services (CRS) (2002), *Seed Vouchers and Fairs: A Manual for Seed-Based Agricultural Recovery in Africa*. CRS, in collaboration with ODI and the International Crops Research Institute for the Semi-Arid Tropics.
Sperling, L and Remington, T, with Haugen JM (2006), *Seed Aid for Seed*

Security: Advice for Practitioners, Practice Briefs 1-10. International Centre for Tropical Agriculture/CRS. Rome.

Pegangan Umum Gizi Saat Darurat

IASC (2008), A toolkit for addressing nutrition in emergency situations.
 IASC Nutrition Cluster's Capacity Development Working Group (2006), Harmonised Training Package (HTP).
 Prudhon, C (2002), Assessment and Treatment of Malnutrition in Emergency Situations. Paris.
 UNHCR/WFP (2009), Guidelines for Selective Feeding the Management of Malnutrition in Emergencies.
 UNHCR/UNICEF/WFP/WHO (2002), Food and Nutrition Needs in Emergencies. Geneva.
 WFP (2001), Food and Nutrition Handbook. Rome.
 WHO (2000), The Management of Nutrition in Major Emergencies. Geneva.

Orang-orang Rentan

FAO/WHO (2002), Living Well with HIV and AIDS. A Manual on Nutritional Care and Support for People Living with HIV and AIDS.
 HelpAge International (2001), Addressing the Nutritional Needs of Older People in Emergency Situations in Africa: Ideas for Action. Nairobi. www.helpage.org/publications
 Winstock, A (1994), The Practical Management of Eating and Drinking Difficulties in Children. Winslow Press. Bicester, UK.
 IASC (2006), Women, Girls, Boys and Men: Different Needs – Equal Opportunities.
 FANTA/WFP (2007), Food Assistance Programming in the Context of HIV. Food and Nutrition Implications of Antiretroviral Therapy in Resource Limited Settings (2004)
 Castleman, Seumo-Fosso, Cogill???
 HelpAge/UNHCR (2007), Older people in disasters and humanitarian crisis.

Pengelolaan Kurang-Gizi Akut

ENN/CIHD/ACF (2010), MAMI Report. Technical Review: Current evidence, policies, practices & programme outcomes.
 WHO (1999), Management of Severe Malnutrition: A Manual for Physicians and Other Senior Health Workers. Geneva.
 WHO/WFP/UNSCN/UNICEF (2007), Community-Based Management of Severe Acute Malnutrition. A Joint Statement by the WHO, WFP, the United Nations System Standing Committee on Nutrition and UNICEF.
 FANTA-2 (2008), Training guide for Community based management of acute malnutrition.



VALID International (2006), Community Based Therapeutic Care (CTC): A field Manual.

ENN, IFE Core Group and collaborators (2009), Integration of IYCF support into CMAM. www.ennonline.net/resources

Navarro-Colorado, C, Mason, F and Shoham, J (2008), Measuring the effectiveness of SFP in emergencies.

Navarro-Colorado, C and Shoham, J (in progress), Supplementary feeding Minimum reporting package.

Kurang Zat Gizi Mikro

UNICEF/UNU/WHO (2001), Iron Deficiency Anaemia: Assessment, Prevention and Control. A Guide for Programme Managers. Geneva.

WHO (1997), Vitamin A Supplements: A Guide to Their Use in the Treatment and Prevention of Vitamin A Deficiency and Xerophthalmia. Second Edition. Geneva.

WHO (1999), Scurvy and Its Prevention and Control in Major Emergencies. Geneva.

WHO (2000), Pellagra and Its Prevention and Control in Major Emergencies. Geneva.

Seal, A and Prudhon, C (2007), Assessing micronutrient deficiencies in emergencies: Current practice and future directions.

WHO/UNICEF (2007), Guiding principles for the use of multiple vitamin and mineral preparations in emergencies.

WHO (1999), Thiamine Deficiency And Its Prevention And Control In Major Emergencies. Geneva.

(Footnotes)

- 1 Angka-angka tersebut di atas adalah untuk konsentrasi yodium di dalam urine, bukan prevalensi.
- 2 Menunjukkan *Rujukan Asupan Gizi (Reference Nutrient Intakes (RNI))* untuk semua jenis gizi kecuali energi dan tembaga.

**Standar Minimum
untuk Hunian,
Permukiman,
dan Bantuan
Non-Pangan**



Cara Menggunakan Bab Ini

Bab ini dibagi menjadi dua bagian utama:

- Hunian dan permukiman
- Bantuan non-pangan: pakaian, perlengkapan tidur, dan peralatan rumah tangga.

Kedua bagian tersebut memuat standar-standar untuk penggunaan dalam beberapa skenario tanggap darurat untuk penduduk yang mengungsi dan tidak mengungsi, termasuk:

- Hunian rumah tangga sementara atau hunian peralihan di lahan asal, atau dalam pengembalian ke permukiman yang telah dibenahi
- Akomodasi sementara dengan keluarga asal
- Permukiman komunitas sementara yang terdiri dari kamp-kamp pengungsian dengan-rencana mau pun yang spontan-tanpa-rencana, permukiman kolektif, pusat persinggahan, atau pusat pemulangan

Prinsip Perlindungan dan Standar Inti harus digunakan secara konsisten dengan bab ini.

Meskipun secara mendasar dimaksudkan untuk memberi informasi respons kemanusiaan dalam kondisi bencana, standar minimum ini juga dapat dipertimbangkan untuk digunakan dalam kesiapsiagaan bencana dan masa transisi memasuki kegiatan pemulihan dan rekonstruksi.

Masing-masing bagian terdiri atas:

- **Standar minimum:** standar ini bersifat kualitatif dan secara khusus menentukan tingkat minimum yang harus dicapai dalam melakukan aksi kemanusiaan terkait penyediaan hunian.
- **Aksi kunci:** merupakan kegiatan-kegiatan dan masukan-masukan yang disarankan agar dapat memenuhi standar-standar tersebut.
- **Indikator kunci:** merupakan 'tanda' yang menunjukkan tercapainya standar. Indikator-indikator kunci ini menuntun bagaimana mengukur dan mengomunikasikan proses yang terjadi dan hasil-hasil dari aksi kunci; indikator-indikator ini berhubungan dengan standar minimum, bukan dengan aksi kunci.

- **Catatan panduan:** merupakan hal-hal khusus untuk dipertimbangkan saat menerapkan standar minimum, aksi kunci, dan indikator kunci pada situasi-situasi yang berbeda. Catatan panduan ini memberi petunjuk dalam menangani kesulitan-kesulitan praktis, patokan, dan saran-saran terkait isu-isu prioritas. Catatan panduan ini juga dapat memasukkan isu-isu penting terkait dengan standar, aksi atau indikator, dan menjelaskan dilema, pertentangan, atau kesenjangan dalam pengetahuan yang ada saat ini.

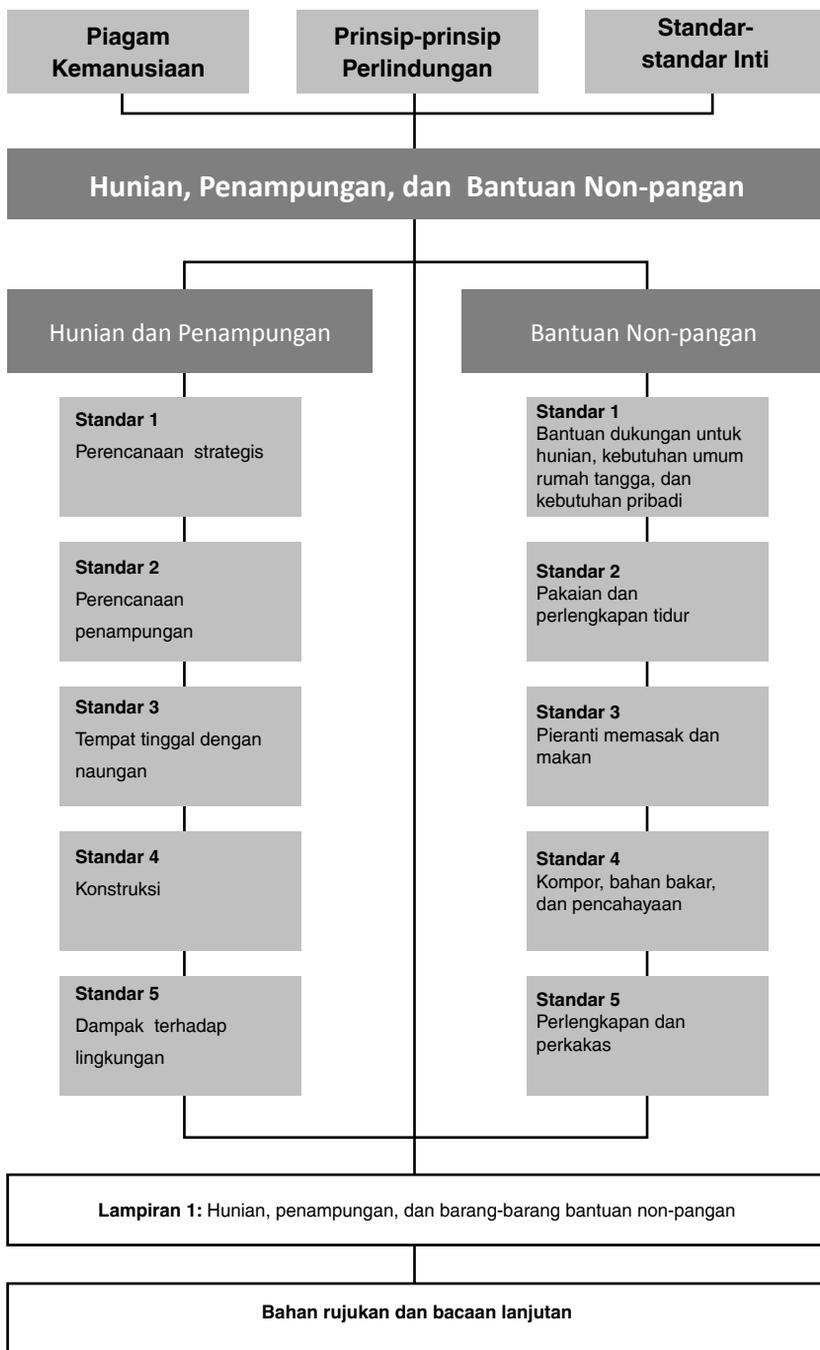
Jika -aksi kunci yang dipersyaratkan dan indikator-indikatornya tidak dapat dipenuhi, akibat-akibat merugikan yang ditimbulkan dalam penduduk terkena bencana harus ditelaah dan harus diambil tindakan mitigasi yang tepat.

Perlu dibuat suatu daftar periksa kajian kebutuhan untuk memberi informasi terkait penerapan standar-standar tersebut baik dalam penentuan tindakan tanggap darurat maupun dalam pemantauannya, dan daftar rujukan dan sumber bacaan lanjutan, termasuk pemilihan rujukan untuk petunjuk 'bagaimana cara' yang bersifat praktis, juga termuat di dalamnya.



Daftar Isi

Pendahuluan.....	254
1. Hunian dan Penampungan	261
2. Bantuan Non-pangan: Pakaian, Perlengkapan Tidur, Peralatan Rumah Tangga	283
Lampiran 1: Daftar pemeriksaan pengkajian hunian, permukiman, dan bantuan non-pangan	294
Bahan rujukan dan bacaan lanjutan.....	300



Pendahuluan

Kaitan dengan Piagam Kemanusiaan dan Hukum Internasional

Standar minimum untuk hunian, permukiman, dan bantuan non-pangan merupakan pernyataan praktis dari keyakinan dan komitmen bersama dari para lembaga-lembaga kemanusiaan dan prinsip-prinsip umum yang mengatur aksi-aksi kemanusiaan yang tertuang dalam Piagam Kemanusiaan dan Kode Etik Gerakan Palang Merah dan Bulan Sabit Merah Sedunia dan Organisasi Non-Pemerintah (ORNOP) Kemanusiaan. Dikembangkan atas dasar prinsip kemanusiaan, dan tercermin dalam hukum internasional, prinsip-prinsip ini meliputi hak hidup dan bermartabat, hak atas perlindungan dan keselamatan, dan hak untuk memperoleh dukungan kemanusiaan sesuai kebutuhan dasar. Suatu daftar dokumen-dokumen kunci mengenai hukum dan kebijakan dari Piagam Kemanusiaan disertakan sebagai rujukan di Lampiran 1 dengan komentar penjelasan untuk para pelaku kegiatan kemanusiaan. Dalam kegiatan kemanusiaan, hunian, permukiman, dan barang-barang bantuan non-pangan terkait merupakan kondisi-kondisi yang telah dikenal sebagai bagian dari ruang lingkup hak atas perumahan yang layak, yang dilindungi oleh hukum hak asasi manusia.

Setiap manusia memiliki hak terhadap perumahan yang layak. Hak ini diakui dalam perangkat hukum internasional kunci (lihat bahan rujukan dan bacaan lanjutan: Instrumen Hukum Internasional). Termasuk di dalamnya adalah hak untuk hidup dengan rasa aman, damai, dan bermartabat, juga dengan adanya keamanan terhadap kepemilikan, serta perlindungan dari pengusiran secara paksa, dan hak atas ganti rugi. Perangkat ini memberi ketentuan dalam perumahan yang layak seperti halnya memastikan hal-hal berikut.

- Ruang yang memadai dan adanya perlindungan dari dingin, panas, hujan, angin atau bentuk ancaman-ancaman lain terhadap kesehatan, termasuk bahaya-bahaya struktural dan vektor penyakit.
- Ketersediaan layanan, fasilitas, material dan sarana.
- Keterjangkauan, kelayakan untuk dihuni, kemudahan akses, lokasi dan kepantasan secara budaya.
- Akses berkelanjutan terhadap sumber umum dan alamiah; air minum yang aman, sumber energi untuk memasak, pemerolehan panas dan pencahayaan; sarana sanitasi dan mencuci; piranti menyimpan makanan; pembuangan sampah; lahan saluran limbah; dan layanan kedaruratan.

- Penempatan lahan permukiman dan perumahan yang tepat untuk memberikan akses yang aman terhadap layanan rawat-kesehatan, sekolah, pusat perawatan anak dan fasilitas sosial lainnya serta untuk kesempatan memperoleh mata pencarian.
- Bahwa material bangunan dan kebijakan mengenai konstruksi perumahan secara tepat memungkinkan untuk menunjukkan pernyataan identitas budaya dan keragaman dalam perumahan.

Standar minimum dalam bab ini bukanlah pernyataan yang lengkap atas hak terhadap perumahan yang layak sebagaimana diatur dalam instrumen hukum internasional terkait. Standar minimum ini lebih mencerminkan muatan **inti** dari hak terhadap perumahan yang layak dan memberi sumbangsih terhadap realisasi dari hak tersebut secara terus-menerus.

Nilai penting hunian, permukiman, dan bantuan non-pangan dalam situasi bencana

Hunian merupakan unsur yang amat menentukan untuk memastikan keberlangsungan hidup pada tahap awal suatu situasi bencana. Lebih dari sekadar pertahanan hidup, hunian diperlukan untuk memenuhi kebutuhan akan keamanan, keselamatan pribadi, dan perlindungan dari iklim dan untuk mendorong ketahanan dari kesehatan yang lemah dan penyakit. Hunian juga penting dalam menghargai martabat kemanusiaan, mempertahankan kehidupan keluarga dan masyarakat, dan untuk memberi kemungkinan bagi penduduk yang terkena bencana untuk memulihkan diri dari dampak bencana. Bentuk respons bencana berupa hunian dan permukiman yang terkait seyogyanya mendukung strategi pertahanan hidup yang telah ada dan mendorong adanya pemenuhan kebutuhan secara mandiri (*self-sufficiency*) dan adanya swakelola (*self-management*) bagi kebutuhan oleh mereka yang terkena dampak bencana. Keahlian dan sumber daya lokal harus dimaksimalkan selama hal tersebut tidak membawa dampak yang merugikan bagi penduduk terkena bencana atau pun ekonomi lokal. Segala bentuk tindakan tanggap darurat harus mempertimbangkan risiko-risiko bencana yang telah dikenal dan meminimalkan dampak jangka panjang yang merugikan terhadap lingkungan alam, sambil berusaha memaksimalkan kesempatan bagi para penduduk yang terkena bencana untuk mempertahankan atau memapankan kegiatan-kegiatan yang mendukung untuk mendapatkan mata pencarian.

Kenyamanan suhu, perlindungan dari efek-efek iklim dan keselamatan serta martabat perorangan dicapai dengan adanya pemenuhan kombinasi berbagai kebutuhan pada tingkat perorangan itu sendiri, ruang tinggal dengan naungan dan lokasi untuk menempatkan ruang bernaung tersebut. Tidak jauh berbeda, pemenuhan kebutuhan-kebutuhan ini memerlukan kombinasi perlengkapan yang tepat untuk menyiapkan, memasak, dan makan makanan; pakaian



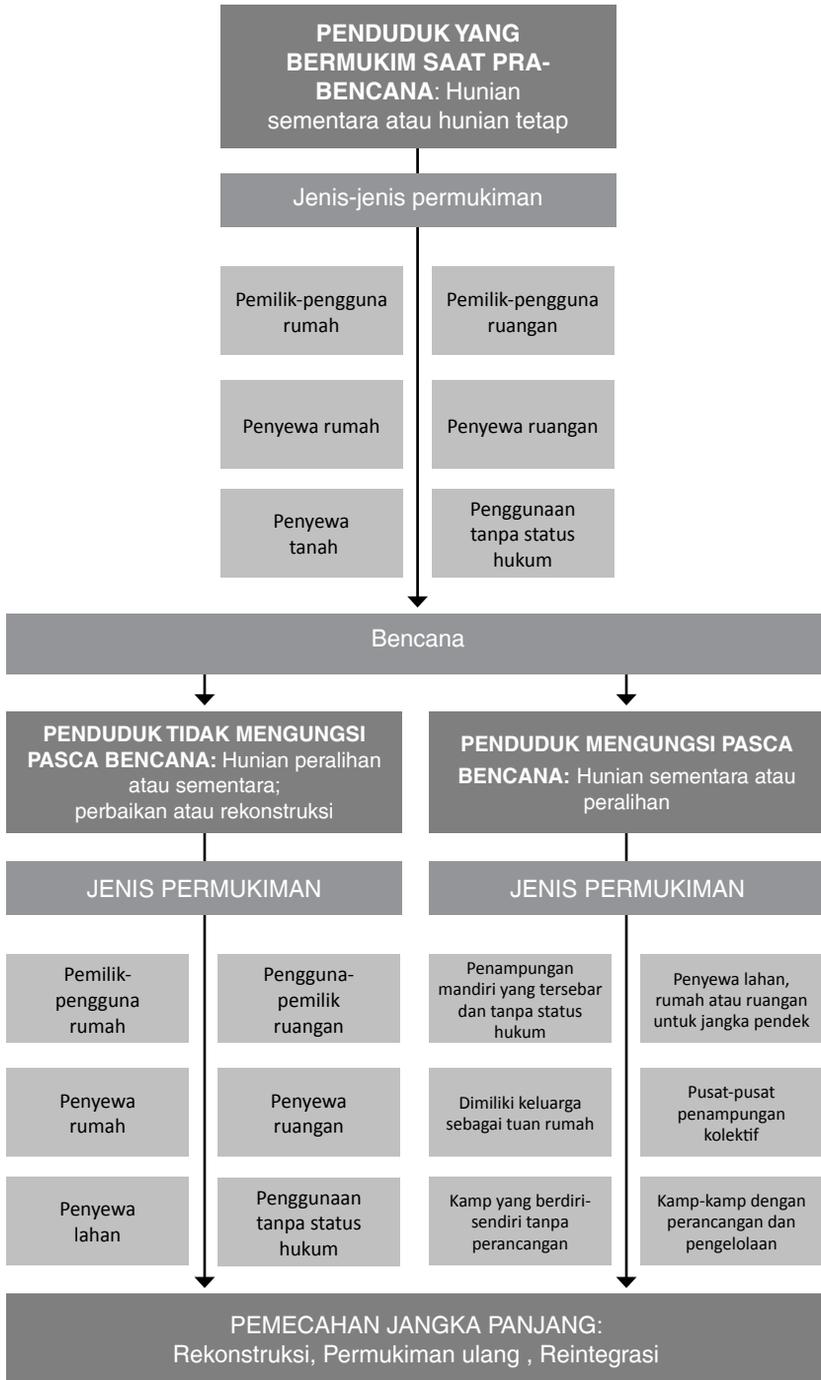
dan perlengkapan tidur; area dengan naungan atau hunian yang memadai; peralatan pemanas ruangan dan ventilasi sebagaimana yang dibutuhkan; dan akses terhadap beberapa layanan dasar.

Kebutuhan hunian, permukiman, dan bantuan non-pangan dari penduduk terkena bencana ditentukan oleh jenis dan skala bencana yang dihadapi dan tingkat jangkauan masyarakat dalam mengungsi. Tindakan respons juga akan menimbang informasi mengenai kemampuan dan keinginan dari penduduk terkena bencana untuk kembali ke wilayah asal tempat tinggal mereka dan memulai proses pemulihan: alasan-alasan ketidakmampuan atau keengganan mereka untuk kembali ke wilayah asal, mereka membutuhkan hunian sementara atau peralihan dan pemecahan terkait permukiman (lihat diagram di halaman 257). Konteks lokal dari bencana akan memengaruhi tindakan tanggap darurat, termasuk dalam menentukan wilayah yang terkena bencana tersebut apakah merupakan wilayah pedesaan atau perkotaan; kondisi iklim dan lingkungan lokal; situasi politik dan keamanan; dan kemampuan penduduk terkena bencana untuk ikut memberi kontribusi dalam pemenuhan kebutuhan akan hunian.

Dalam kondisi cuaca yang ekstrem, saat hunian tidak dapat ditunda untuk kebutuhan pertahanan hidup atau, sebagai dampak atas mengungsinya penduduk, masyarakat yang terkena dampak bencana mungkin tidak mampu membangun hunian yang layak, pemecahan mengenai hunian yang dapat siap digunakan dengan segera, seperti tenda atau semacamnya, akan dibutuhkan atau akomodasi sementara yang disediakan di dalam bangunan-bangunan publik yang masih berdiri. Penduduk yang mengungsi mungkin akan mengusahakan untuk tinggal dengan para keluarga asal, tinggal sebagai rumah tangga tersendiri atau dalam rumah tangga berkelompok dalam penampungan-penampungan yang telah ada atau mungkin hanya perlu untuk ditempatkan secara sementara di dalam kamp-kamp dengan perancangan dan pengelolaan sendiri atau pusat-pusat penampungan kolektif.

Jika memungkinkan, penduduk yang terkena bencana harus memperoleh dukungan untuk melakukan perbaikan atau melakukan adaptasi terhadap permukiman yang telah ada atau membangun dengan struktur yang baru. Bantuan dapat berupa penyediaan bahan bangunan yang sesuai, peranti dan perkakasnya, uang tunai atau kupon-kupon bantuan, panduan dan pelatihan teknis, atau gabungannya antara semua unsur tersebut. Dukungan atau bantuan teknis seyogyanya diberikan bagi penduduk yang terkena bencana yang tidak memiliki kemampuan atau keahlian untuk melaksanakan kegiatan-kegiatan konstruksi. Hak dan kebutuhan dari para penduduk yang terkena bencana secara sekunder, misalnya penduduk asli yang menerima para penduduk yang mengungsi, juga harus dipertimbangkan. Pada saat bangunan-bangunan umum, terlebih bangunan sekolah, telah digunakan sebagai ruang akomodasi komunitas sementara, relokasi aman yang terencana dan terkelola dengan baik bagi para penduduk yang butuh naungan tersebut harus dilaksanakan sesegera mungkin untuk memastikan kegiatan-kegiatan normal dapat dimulai kembali.

Pilihan Hunian dan Permukiman serta Skenario Tanggap Darurat



Segala bentuk tanggap darurat yang dilakukan sebaiknya sejalan dengan langkah-langkah yang diambil oleh penduduk yang terkena bencana dalam usahanya membuat hunian sementara maupun permanen dengan menggunakan kemampuan dan sumber daya mereka sendiri. Kegiatan tanggap darurat untuk hunian harus menjamin populasi yang terkena bencana mengalami peningkatan terus-menerus dan/atau mendorong perubahan dari kondisi darurat menuju solusi perumahan jangka panjang.

Perbaikan gedung-gedung publik yang rusak atau penyediaan struktur sementara untuk memenuhi kebutuhan gedung sekolah, pusat-pusat kesehatan, dan fasilitas komunal lainnya juga perlu dilakukan. Penyediaan naungan untuk aset-aset mata pencarian seperti binatang ternak dapat menjadi aspek yang turut melengkapi penyediaan hunian rumah tangga bagi penduduk yang terkena bencana. Tindakan tanggap darurat harus dilakukan dengan mempertimbangkan risiko dan kerentanan yang ada terkait hunian dan permukiman, yang berhubungan dengan lokasi, perencanaan, rancangan dan konstruksi, termasuk kondisi-kondisi yang diperburuk oleh adanya bencana atau akibat dari perubahan iklim. Juga penting untuk mempertimbangkan dampak lingkungan yang ada dari solusi permukiman dan konstruksi hunian, agar dapat meminimalkan dampak jangka panjang dari suatu bencana. Kegiatan tanggap darurat terkait hunian, permukiman, dan bantuan non-pangan yang lebih baik dicapai melalui kesiapsiagaan yang lebih baik juga. Kesiapsiagaan seperti itu merupakan hasil dari kemampuan, hubungan dan pengetahuan yang berhasil dibangun oleh pemerintah, lembaga kemanusiaan, organisasi masyarakat sipil lokal, masyarakat dan orang-perorangan untuk mengantisipasi dan melakukan respons secara efektif terhadap dampak dari bahaya-bahaya yang ada mau pun yang kemungkinan besar muncul secara cepat mau pun lambat. Kesiapsiagaan bencana dilakukan dengan melakukan suatu analisis risiko dan menjalankan sistem peringatan dini.

Kaitan dengan Bab-bab Lain

Banyak standar di dalam bab-bab lain yang relevan dengan bab ini. Kemajuan dalam pencapaian standar-standar di suatu wilayah kerja kerap memengaruhi dan bahkan kadang-kadang ikut menentukan kemajuan di wilayah kerja yang lain. Agar suatu intervensi dapat bekerja efektif, diperlukan koordinasi dan kerjasama yang erat dengan sektor-sektor lain. Sebagai contoh, perlu adanya penyediaan pasokan air yang seimbang dan sarana sanitasi yang memadai di wilayah-wilayah tempat disediakannya bantuan hunian, untuk memastikan terjaganya kesehatan dan martabat dari penduduk yang terkena bencana. Demikian pula halnya dengan penyediaan hunian yang memadai yang menyumbang pada terjaganya kesehatan dan kesejahteraan masyarakat yang mengungsi, dan pada saat yang sama diperlukan peranti-peranti dasar untuk keperluan memasak dan makan serta bahan bakar untuk memasak, sehingga memungkinkan bantuan bahan makanan dapat digunakan dan kebutuhan nutrisi dapat dipenuhi. Untuk memastikan bahwa semua kebutuhan terpenuhi,

dan tidak terjadi duplikasi dalam upaya-upaya yang dilakukan hunian, serta dapat dioptimalkannya mutu intervensi terkait hunian, permukiman, dan bantuan non-pangan, diperlukan koordinasi dengan pemerintah lokal, lembaga tanggap darurat lainnya, dan perwakilan organisasi-organisasi dan organisasi berbasis masyarakat.

Kaitan dengan Prinsip Perlindungan dan Standar Inti

Dalam upaya memenuhi standar buku pegangan ini, semua lembaga kemanusiaan harus dipandu oleh prinsip-prinsip perlindungan, bahkan apabila mereka tidak memiliki mandat terkait perlindungan dan kemampuan khusus dalam melakukan upaya perlindungan. Prinsip-prinsip ini tidak “mutlak”: diakui bahwa ada beberapa keadaan yang dapat mengurangi kemampuan organisasi bantuan untuk memenuhi standar tersebut. Meski demikian, Prinsip-prinsip ini mencerminkan perhatian kemanusiaan universal yang harus menjadi panduan setiap tindakan setiap saat.

Proses pengembangan dan pelaksanaan intervensi bersifat kritis ketepatgunaannya. Keenam Standar Inti adalah proses dasar dan merupakan proses yang sangat penting yang digunakan pada semua sektor. Keenam Standar Inti meliputi aksi kemanusiaan berpusat pada masyarakat, koordinasi dan kerjasama, pengkajian, perancangan dan respons, kinerja, transparansi dan pembelajaran kinerja pekerja kemanusiaan. Standar-standar Inti ini memberikan titik acuan tunggal untuk pendekatan yang dapat mendukung semua standar lain dalam buku pegangan ini. Di setiap bab teknis membutuhkan dampingan Standar Inti ini untuk mencapai standar teknis tersebut. Secara khusus, untuk memastikan kesesuaian dan mutu tanggap darurat, partisipasi harus dimaksimalkan dari orang-orang yang terkena bencana – termasuk kelompok-kelompok dan orang-perorangan yang paling sering terpapar risiko bencana.

Kerentanan dan Kemampuan Penduduk yang Terkena Bencana

Penting untuk memahami bahwa menjadi muda atau pun tua, perempuan atau pun perorangan dengan ketidaksempurnaan fisik atau HIV, tidak dengan sendirinya membuat seseorang rentan atau berisiko tinggi. Sebaliknya, hal-hal tersebut dapat menjadi faktor-faktor yang menyumbang kerentanan, misalnya, seseorang yang berusia lebih dari 70 tahun, tinggal sendirian, dan memiliki kesehatan yang buruk, cenderung menjadi lebih rentan daripada seseorang dengan usia yang sama namun tinggal bersama keluarga dan memiliki status kesehatan yang baik. Demikian pula, seorang gadis kecil berusia 3 tahun akan



lebih rentan apabila ia hidup sendirian daripada bila ia hidup dalam perawatan orang tua yang bertanggung jawab.

Saat standar-standar untuk hunian, permukiman, dan bantuan non-pangan dan Aksi Kunci dilaksanakan, analisis kerentanan dan kemampuan membantu untuk memastikan bahwa tindakan tanggap darurat mendukung siapa pun yang berhak untuk mendapatkan bantuan dengan cara yang tidak membedakan dan diarahkan pada yang paling membutuhkan. Hal ini membutuhkan pemahaman menyeluruh tentang konteks lokal dan bagaimana dampak krisis terhadap kelompok tertentu dengan cara yang berbeda karena kerentanan mereka (misalnya menjadi sangat miskin atau dibedakan), mereka terpapar pada berbagai ancaman (misalnya kekerasan berbasis gender termasuk eksploitasi seksual), kejadian penyakit atau prevalensi (misalnya HIV atau tuberkulosis), dan kemungkinan epidemik (misalnya campak atau kolera). Bencana dapat membuat kesenjangan sosial yang sudah ada menjadi semakin buruk. Namun, dukungan strategis agar masyarakat mampu menghadapi kondisi tersebut, ketahanan komunitas, dan kemampuan pemulihan menjadi sangat penting. Pengetahuan dan keahlian masyarakat, dan strategi yang ada perlu didukung begitu juga dengan akses masyarakat terhadap dukungan sosial, hukum, kedanaan, dan psikososial. Berbagai hambatan fisik, budaya, ekonomi, dan sosial yang dihadapi masyarakat dalam mengakses pelayanan tersebut.

Berikut adalah beberapa bidang kunci yang akan memastikan bahwa kemampuan dan hak semua orang yang rentan menjadi pertimbangan utama:

- Mengoptimalkan partisipasi masyarakat, memastikan bahwa semua kelompok terwakili termasuk mereka yang kurang tampak tampil di masyarakat (misalnya perorangan yang memiliki keterbatasan komunikasi, keterbatasan pergerakan, mereka yang tinggal dalam rumah sakit jiwa, pemuda yang diberi label tertentu dan lainnya yang kelompoknya kurang terwakili).
- Pilah data berdasarkan jenis kelamin dan usia (0–80 tahun ke atas) selama melakukan pengkajian awal – hal ini merupakan elemen penting dalam memastikan bahwa ketahanan pangan dan gizi tersedia memadai untuk penduduk yang membutuhkan.
- Memastikan bahwa hak atas informasi disebarluaskan dan dikomunikasikan kepada masyarakat dengan cara yang terbuka dan dapat diakses oleh semua anggota masyarakat.

Standar-standar Minimum

1 Hunian dan permukiman

Penduduk yang terkena bencana yang tidak mengungsi sebaiknya memperoleh bantuan di rumah asal mereka berupa hunian rumah tangga sementara atau hunian peralihan, atau dengan bahan-bahan untuk perbaikan rumah atau konstruksi hunian yang layak. Hunian rumah tangga perorangan dapat bersifat sementara maupun permanen, tergantung pada faktor-faktor yang memengaruhinya termasuk penentuan cakupan bantuan yang akan diberikan, hak-hak penggunaan atau kepemilikan lahan, ketersediaan layanan-layanan dasar, dan kesempatan untuk meningkatkan dan memperluas hunian yang diberikan. Penduduk yang mengungsi yang tidak dapat kembali ke rumah asal mereka sering memilih untuk tinggal dengan kerabat yang lain atau orang-orang yang memiliki pengalaman bersejarah bersama, kesamaan agama, atau bentuk ikatan yang lain, dan untuk tujuan ini penduduk tersebut harus dibantu melakukannya. Pada kondisi yang tidak memungkinkan untuk membangun permukiman yang menyebar, permukiman komunitas sementara dapat dibangun baik dalam bentuk kamp-kamp dengan rancangan mau pun kamp spontan tanpa rancangan, atau dengan menggunakan bangunan-bangunan umum yang luas dan memadai sebagai pusat-pusat penampungan kolektif.

Standar hunian dan permukiman 1:

Perencanaan Strategis

Strategi hunian dan permukiman berkontribusi terhadap pemenuhan kebutuhan akan keamanan, keselamatan, kesehatan, dan kesejahteraan bagi penduduk yang terkena bencana baik yang mengungsi maupun tidak, serta sejauh memungkinkan, untuk mendorong proses pemulihan dengan rekonstruksi.

Aksi kunci (dibaca bersama dengan Catatan Panduan terkait)

- Lakukan pengkajian dan analisis kebutuhan hunian dan permukiman dari populasi yang terkena bencana dan berkonsultasi dengan pihak instansi terkait serta masyarakat yang bersangkutan (lihat Catatan Panduan 1).
- Membuat rencana tanggap darurat terkait hunian dan permukiman (termasuk pemulihan dini jika memungkinkan) tanpa meninggalkan proses



- koordinasi dengan pihak pemerintah lokal, lembaga-lembaga tanggap darurat, dan penduduk yang terkena bencana (lihat Catatan Panduan 1)
- Prioritaskan dan berilah dukungan pada proses pemulangan keluarga yang terkena bencana ke permukiman asalnya atau, jika memungkinkan, ke lahan tempat permukiman mereka berlokasi.
 - Membantu mereka yang tidak dapat atau enggan untuk pulang ke permukiman asalnya agar dapat diterima di keluarga yang lain atau ditempatkan dalam penampungan komunal sementara (lihat Catatan Panduan 3–4).
 - Menjamin adanya akses terhadap bantuan non-pangan, solusi hunian (seperti tenda atau *shelter* kit), bahan bangunan, uang tunai, bantuan teknis, atau informasi atau juga kombinasi dari semua unsur tersebut, sesuai dengan kebutuhan (lihat Catatan Panduan 5–6).
 - Memastikan bahwa permukiman berlokasi di tempat yang aman, yang jauh dari segala bentuk ancaman potensial mau pun ancaman aktual dan risiko-risiko dari bahaya-bahaya di sekitar dapat diminimalkan (lihat Catatan Panduan 7).
 - Memastikan bahwa reruntuhan sisa kejadian bencana telah disingkirkan dari lokasi-lokasi kunci termasuk lahan tempat rumah-rumah yang rusak atau hancur, lokasi permukiman komunitas sementara, bangunan-bangunan umum yang penting serta bangunan jalan (lihat Catatan Panduan 8).
 - Buatlah rancangan akses yang aman terhadap layanan air dan sanitasi, fasilitas kesehatan, sekolah dan tempat-tempat untuk rekreasi dan sembahyang, dan lahan, pasar atau layanan yang digunakan sebagai kelanjutan atau pengembangan dari kegiatan dukungan mata pencarian (lihat Catatan Panduan 9–10).

Indikator kunci (dibaca dengan Catatan Panduan terkait)

- Solusi-solusi hunian dan permukiman untuk memenuhi kebutuhan pokok dari seluruh penduduk yang terkena bencana harus disepakati oleh penduduk yang bersangkutan dan pihak pemerintah setempat serta mengkoordinasikannya dengan semua lembaga tanggap darurat yang ada (lihat Catatan Panduan 1).
- Segala bentuk solusi untuk hunian dan permukiman sementara harus aman dan memadai dan tetap akan dijalankan sampai diperoleh pemecahan jangka panjang (lihat Catatan Panduan 2–10).

Catatan Panduan

1. **Pengkajian lapangan, konsultasi, dan koordinasi:** pengkajian kebutuhan awal penting dilakukan untuk mengidentifikasi kebutuhan terkait hunian dan permukiman untuk penduduk yang terkena bencana, risiko-risiko pascabencana, kerentanan dan kemampuan, peluang-peluang untuk memulai proses pemulihan sejak dini serta kebutuhan akan pengkajian yang lebih rinci termasuk dampak terhadap lingkungan. Penduduk terkena bencana (terlebih untuk penduduk dengan kebutuhan khusus),

bersama dengan pihak pemerintah daerah, lembaga kemanusiaan lain yang terkait, harus dilibatkan dalam melakukan pengkajian semacam itu. Rencana kontinjensi yang telah ada harus menjadi bahan informasi dalam melakukan kegiatan tanggap darurat, serta mengkoordinasikannya dengan pihak pemerintah daerah, dan lembaga-lembaga kemanusiaan lain yang relevan juga penduduk yang terkena bencana sesuai dengan mekanisme koordinasi yang telah disepakati. Ketersediaan sumber daya, konteks lokal (termasuk pola-pola cuaca musiman), keamanan dan akses terhadap lahan atau tanah yang telah ada sebelumnya atau pun yang baru akan menjadi dasar informasi dalam perencanaan tanggap darurat (lihat Standar Inti 1–5 , Standar bantuan non-pangan 1–5 , dan Lampiran 1: Daftar periksa pengkajian kebutuhan hunian, permukiman, dan bantuan non-pangan).

2. **Pemulangan:** kesempatan untuk dapat pulang ke tanah dan permukiman mereka sendiri merupakan tujuan utama dari sebagian besar penduduk yang terkena bencana. Perbaikan tempat tinggal atau pengembangan hunian sementara yang ditentukan oleh penduduk itu sendiri akan membantu menemukan strategi-strategi penyelesaian masalah secara bersama, akan mempertahankan pola-pola penampungan yang telah mapan, dan memungkinkan untuk digunakannya infrastruktur yang telah ada (lihat Standar Inti 1). Pemulangan mungkin saja mengalami penundaan atau memperoleh halangan dan dengan demikian diperlukan suatu periode untuk disediakannya permukiman sementara di lokasi lain yang terpisah. Masalah-masalah yang terkait dengan pemulangan ini di antaranya adalah berlanjutnya bencana yang terjadi, misalnya banjir yang masih melanda, tanah longsor atau gempa susulan, serta kekhawatiran-kekhawatiran terhadap kondisi keamanan, seperti penggunaan bangunan atau lahan dan munculnya kebutuhan untuk pembayaran ganti rugi, konflik kekerasan yang berkepanjangan, ketegangan agama atau etnik, ketakutan terhadap penganiayaan atau ranjau darat dan senjata bom-tidak-meledak . Pembangunan ulang sekolah juga penting untuk memungkinkan para penduduk tersebut pulang. Pemulangan rumah tangga dengan kepala keluarga perempuan, yang kehilangan suami atau sebatang kara akibat bencana, atau para penduduk berkebutuhan khusus mungkin akan menemui halangan dengan kurang memadainya atau adanya diskriminasi dalam peraturan lahan dan bangunan atau prosedur yang lazim. Penduduk yang mengungsi yang tidak memiliki kemampuan untuk melakukan kegiatan rekonstruksi mungkin kurang terdorong atau dicegah untuk kembali ke tanah asalnya.
3. **Tinggal di keluarga dan masyarakat:** penduduk yang mengungsi yang tidak dapat kembali ke rumah asal mereka seringkali memilih untuk tinggal dengan anggota keluarga mereka yang lain atau orang-orang yang memiliki keterikatan sejarah, agama, atau bentuk ikatan lain (lihat Standar Inti 1). Bantuan untuk jenis penempatan pengungsi yang seperti ini mungkin termasuk dukungan untuk memperluas atau menyesuaikan hunian dan



fasilitas dari keluarga tuan-rumah yang telah ada untuk menampung keluarga yang mengungsi, atau pembuatan hunian tambahan yang terpisah di sekitar keluarga tuan-rumah. Peningkatan kepadatan penduduk sesudahnya harus dikaji dan kebutuhan akan fasilitas sosial, penyediaan infrastruktur, dan sumber daya alam harus dievaluasi dan dimitigasi.

4. permukiman komunitas sementara: meskipun seharusnya tidak menjadi tindakan tanggap darurat baku, kamp penampungan sementara yang terencana dapat digunakan untuk menyediakan tempat tinggal bagi penduduk yang terkena bencana yang tidak dapat atau enggan untuk kembali ke tanah permukiman asal mereka dan bagi mereka yang tidak memiliki pilihan untuk tinggal bersama anggota keluarga yang lain. Pemecahan masalah permukiman yang seperti itu mungkin diperlukan di wilayah-wilayah dengan ancaman keamanan yang membuat risiko bagi penduduk yang terisolasi makin meningkat atau wilayah dengan kondisi terbatasnya akses terhadap layanan-layanan dan sumber daya alam yang dasar seperti air, makanan, dan bahan bangunan lokal. Bangunan-bangunan yang masih berdiri yang digunakan sebagai pusat-pusat penampungan dapat memberikan perlindungan cepat sementara dari iklim setempat. Bangunan yang digunakan untuk tujuan-tujuan semacam itu mungkin memerlukan adaptasi atau pengembangan, misalnya pembuatan penyekat internal dan pembuatan *ramp* bagi mereka yang memiliki kesulitan dalam mobilitas. Di banyak negara, penggunaan bangunan-bangunan yang telah diidentifikasi sebelumnya sebagai tempat-tempat penampungan kolektif merupakan bentuk tindakan tanggap darurat yang telah dibakukan bagi beberapa jenis bencana yang telah cukup dikenali, dengan pengelolaan secara bersama-sama dan disertai adanya penanggung jawab penyediaan layanan. Meskipun bangunan sekolah kerap digunakan untuk menempatkan penduduk yang terkena bencana, struktur alternatif perlu diidentifikasi untuk memungkinkan kegiatan belajar dapat terus berlanjut. Perencanaan permukiman komunitas sementara sebaiknya mempertimbangkan implikasinya pada keselamatan pribadi, privasi dan dalam menjaga martabat penghuninya dan juga akses terhadap sarana-sarana dasar. Perlu dijamin bahwa permukiman komunitas sementara tidak dengan sendirinya justru menjadi sasaran perusakan, membawa risiko keamanan bagi penduduk di sekelilingnya, atau membawa dampak berupa kebutuhan-kebutuhan yang tidak dapat dipenuhi dalam jangka panjang dari lingkungan alam sekitarnya.

5. Jenis-jenis bantuan hunian: untuk memenuhi kebutuhan hunian sementara bagi penduduk yang terkena bencana mungkin diperlukan penggabungan berbagai jenis bantuan yang berbeda-beda. Bantuan dasar dapat meliputi barang-barang pribadi, seperti pakaian dan perlengkapan tidur, atau barang-barang rumah tangga, seperti kompor dan bahan bakarnya. Barang-barang bantuan untuk hunian dapat meliputi tenda, lembaran plastik dan peranti pertukangan, bahan bangunan, hunian sementara atau peralihan yang menggunakan bahan-bahan yang dapat

dipakai ulang sebagai bagian dari hunian permanen. Pekerja kasar atau pekerja spesialis, baik yang bekerja sukarela maupun dikontrak, mungkin juga diperlukan, serta petunjuk teknis mengenai teknik-teknik terkait bangunan yang tepat. Penggunaan uang tunai atau kupon bantuan untuk mempromosikan penggunaan rantai pasokan dan sumber daya lokal harus dipertimbangkan, tergantung pada keberfungsian ekonomi lokal. Uang tunai dapat juga digunakan untuk membayar tempat tinggal sewaan. Informasi atau saran-saran yang disebarakan melalui kampanye publik atau pusat-pusat pertemuan lokal dalam kaitannya dengan cara mengakses dana bantuan untuk hunian, bahan-bahannya, atau bentuk dukungan hunian yang lain dapat menyesuaikan dengan bantuan yang berbasis komoditas.

6. **Hunian masa peralihan:** dipandang lebih sebagai suatu pendekatan daripada suatu tahapan kegiatan tanggap darurat, penyediaan hunian masa peralihan merupakan respons terhadap kenyataan bahwa hunian pascabencana sering dibangun oleh penduduk yang terkena bencana sendiri. Bentuk swakelola ini harus didukung (lihat Standar Inti 1). Jalan keluar hunian pasca-bencana yang dapat dipakai ulang sebagian maupun keseluruhan dalam struktur yang lebih permanen, atau untuk tujuan penempatan ulang dari lokasi sementara ke lokasi permanen, dapat mendorong proses peralihan ke bentuk hunian yang lebih berjangka panjang oleh para penduduk yang terkena bencana. Untuk penduduk yang tidak mengungsi, yang berada di lokasi rumah asal mereka, hunian peralihan dapat memberikan bangunan rumah awal yang masih dasar, untuk kemudian ditingkatkan, dikembangkan, atau diganti bersama berjalannya waktu sejauh tersedianya sumber daya. Untuk penduduk yang mengungsi, hunian peralihan dapat memberikan bentuk hunian yang layak, yang dapat dibongkar dan dipakai ulang ketika para penduduk yang terkena bencana telah mampu kembali ke lahan rumah asal mereka atau penempatan ulang di wilayah yang baru. Hunian peralihan juga dapat diberikan bagi penduduk yang terkena bencana yang ditempatkan di rumah keluarga lain, yang dapat memberi tempat untuk pendirian hunian di dekat atau menempel di rumah utamanya. Segala jenis struktur yang digunakan dapat dibongkar dan dipakai ulang ketika penduduk yang terkena bencana sudah dapat kembali ke tanah asalnya atau di tempat baru lainnya.

7. **Pengkajian terhadap risiko, kerentanan, dan bahaya:** selenggarakan suatu pengkajian yang menyeluruh terhadap risiko dan kerentanan dan tinjau ulang secara berkala. Pengkajian semacam ini dapat meliputi pengkajian terhadap potensi ancaman keamanan serta risiko dan kerentanan yang unik sebagai pengaruh dari usia, gender, *kecacatan*, status sosial dan ekonomi, ketergantungan penduduk terkena bencana terhadap sumber daya alam sekitarnya, juga hubungan yang dibangun antara penduduk yang terkena bencana dengan masyarakat tempatan (lihat Prinsip Perlindungan 3). Risiko-risiko yang dibawa oleh bahaya alamiah seperti gempa bumi, kegiatan gunung berapi, tanah longsor, banjir, dan angin



kencang harus dipertimbangkan dalam kegiatan perencanaan jalan keluar hunian dan permukiman. Lokasi penampungan harus terhindar dari potensi penyakit atau kontaminasi atau memiliki risiko yang besar terhadap jenis vektor tertentu. Bahan-bahan dan barang-barang yang berpotensi bahaya dapat dikubur dalam-dalam atau dibongkar setelah bencana alam seperti gempa bumi, banjir, dan angin topan. Ranjau dan bom tidak-meledak (UO) mungkin ditemukan setelah adanya konflik yang sebelumnya atau sedang berlangsung. Kestabilan struktur bangunan di wilayah permukiman yang terkena bencana harus dikaji oleh para pelaku spesialis teknis. Untuk pusat-pusat permukiman sementara, harus dilakukan pengkajian terhadap kemampuan struktur bangunan yang ada dalam menampung segala jenis penyimpanan barang tambahan dan meningkatnya risiko akan gagalnya kemampuan komponen bangunan seperti lantai, dinding-dinding pembatas internal, atap, dan sebagainya.

8. **Pembersihan reruntuhan:** pembersihan reruntuhan setelah terjadinya suatu bencana alam atau konflik merupakan prioritas untuk memungkinkan dilakukannya penyediaan hunian dan penentuan permukiman yang tepat. Perencanaan penanganan reruntuhan harus segera dimulai setelah terjadinya bencana untuk melihat kemungkinan bahwa reruntuhan masih dapat didaur ulang atau dipilah, dikumpulkan dan/atau diolah (lihat Standar hunian dan permukiman 5). Isu-isu kunci juga termasuk keberadaan jenazah-jenazah yang perlu diidentifikasi dan penanganan yang tepat, pengumpulan barang-barang milik pribadi, lokasi-lokasi yang secara struktural berbahaya dan bahan berbahaya dan kepemilikan bahan-bahan yang masih dapat diamankan untuk tujuan pemakaian-ulang atau dijual. Pembersihan reruntuhan mungkin memberi kesempatan untuk dilaksanakannya program *cash for work* dan/atau memerlukan penggunaan alat berat dan keahlian khusus untuk menanganinya. Penggunaan, pengelolaan, kepemilikan, dan dampak lingkungan dari lahan pembuangan reruntuhan juga harus dipertimbangkan.
9. **Sekolah, sarana kesehatan dan infrastruktur masyarakat:** akses terhadap layanan-layanan dasar harus dipastikan ketersediaannya, termasuk akses ke sekolah, sarana kesehatan, tempat bermain yang aman, dan tempat-tempat pertemuan warga. Infrastruktur layanan yang masih ada atau telah diperbaiki harus digunakan dengan layanan atau sarana tambahan yang bersifat sementara sebagaimana yang dibutuhkan. Ketika perbaikan atau konstruksi bangunan umum harus tergantung pada pembuatan rencana penampungan baru atau proses regulatif lainnya, struktur sementara akan diperlukan untuk menyediakan sarana-sarana yang bersifat segera dan jangka pendek. Penyediaan baik struktur sementara maupun permanen harus sesuai dengan standar yang telah ditentukan (lihat Standar WASH 1, Standar sistem kesehatan 1 dan INEE Standar-standar Minimum untuk Pendidikan: Kesiap-siagaan, Tanggap Darurat dan Pemulihan).

- 10. Dukungan terkait mata pencarian:** penanganan penduduk yang terkena bencana harus mempertimbangkan kegiatan-kegiatan ekonomi prabencana dari penduduk tersebut dan kesempatan-kesempatan dalam konteks masa pascabencana (lihat Standar pengkajian ketahanan pangan dan gizi 1–2 dan Standar Inti 1). Ketersediaan lahan dan akses terhadap pertanian dan lahan penggembalaan (pertanaman dan daerah untuk merumput) dan akses ke wilayah pasar serta layanan-layanan lokal untuk kegiatan ekonomi tertentu harus ikut dipertimbangkan.

Standar hunian dan permukiman 2: Perencanaan Permukiman

Perencanaan pemulangan, penempatan di rumah kerabat, atau permukiman komunitas sementara memungkinkan adanya penggunaan tempat tinggal dan layanan-layanan utama secara aman dan tidak membahayakan bagi penduduk yang terkena bencana.

Aksi kunci (dibaca bersama dengan Catatan Panduan terkait)

- Sejauh memungkinkan, identifikasi dan gunakan proses perencanaan yang ada, dengan mempertimbangkan pengalaman praktik terbaik yang pernah dilakukan, yang meminimalkan risiko dan kerentanan dalam penampungan (lihat Catatan Panduan 1).
- Identifikasi status kepemilikan rumah, lahan dan bangunan dan/atau hak-hak penggunaan untuk bangunan dan lokasi (lihat Catatan Panduan 2).
- Pastikan adanya akses ke seluruh hunian dan lokasi permukiman serta layanan-layanan utama (lihat Catatan Panduan 3–4).
- Gunakan pola-pola permukiman yang telah ada dan fitur-fitur topografis untuk meminimalkan dampak yang merugikan bagi lingkungan alam sekitarnya (lihat Catatan Panduan 5).
- Libatkan penduduk yang terkena bencana dalam perencanaan permukiman komunitas sementara melalui keluarga, kelompok rukun tetangga, atau kelompok-kelompok perdesaan selayaknya (lihat Catatan Panduan 6).
- Pastikan tercukupinya daerah terbuka dan pemisahan jarak yang cukup untuk perapian di kamp-kamp sementara baik yang terencana maupun spontan (lihat catatan panduan 7–8).
- Minimalkan risiko vektor (lihat Catatan Panduan 9).

Indikator kunci (dibaca dengan Catatan Panduan terkait)

- Melalui proses perencanaan yang telah disepakati, seluruh populasi yang menerima bantuan hunian harus diajak berembuk dan menyepakati hal berkenaan dengan lokasi hunian mereka, tempat berteduh, dan akses terhadap layanan-layanan utama (lihat Catatan Panduan 1).
- Seluruh rencana permukiman menunjukkan bahwa segala bentuk risiko dan kerentanan dalam penggunaan hunian, tempat berteduh, dan



layanan-layanan utama telah diidentifikasi serta telah dilakukan mitigasi (lihat Catatan Panduan 2–9).

Catatan Panduan

1. **Proses perencanaan:** praktik-praktik perencanaan lokal seyogyanya digunakan dan disesuaikan dengan jenis bencana atau krisis yang terjadi, bahaya yang diidentifikasi, serta dampaknya terhadap penduduk yang terkena bencana. Upaya-upaya yang tepat untuk meminimalkan risiko dan kerentanan permukiman harus dilakukan. Peraturan-peraturan perencanaan yang ada harus dipatuhi sejauh itu dipersyaratkan oleh pihak otoritas yang relevan dan sejauh hal tersebut tidak menghambat kegiatan kemanusiaan yang mendesak dalam memenuhi kebutuhan hunian dan permukiman yang tidak dapat ditunda lagi. Implikasi jangka panjang dari keputusan perencanaan, terlebih yang berkaitan dengan lahan untuk permukiman komunitas sementara, harus diidentifikasi.

2. **Pemilikan, hak serta penggunaan rumah, lahan, dan pembangunan:** bagi para penduduk baik yang mengungsi maupun yang tidak, lakukan identifikasi kepemilikan lahan, rumah, atau bangunan lain yang relevan, serta pemilik resmi atau hak-hak penggunaan sewajarnya. Masalah-masalah ini sering bersifat kontroversial, terlebih ketika pencatatan arsip yang belum dibuat atau ketika kejadian konflik yang berpengaruh pada status kepemilikan. Tempat tinggal atau bangunan berpenghuni beragam dengan pemakaian yang bergabung satu sama lain akan menumbuhkan kondisi untuk berbagi kepemilikan atau hak-hak tinggal. Pengidentifikasi hak atas lahan dan properti dari kelompok rentan harus dilakukan dan kelompok ini harus memperoleh dukungan, terlebih bagi kelompok perempuan yang rentan, janda atau yang kehilangan orang tua karena bencana, penyandang cacat, penyewa rumah, pemegang hak-hak tinggal sosial dan pengguna bangunan informal. Lakukan klarifikasi mengenai hak-hak formal, informal maupun hak-hak yang telah dipahami terkait kepemilikan dan pewarisan, terlebih dalam kondisi setelah bencana ketika pemegang hak telah meninggal atau status kepemilikan bangunan telah diambil alih. Penentuan kepemilikan tanah berkelompok atau sama halnya dengan keberadaan sejumlah keluarga yang tanpa memegang hak-hak formal atas tanah sejak sebelum bencana dapat membantu dalam proses perolehan tambahan atas hak-hak semacam itu. Penyediaan bantuan berupa hunian dapat juga dipertimbangkan atau digunakan dalam proses hukum atas pengakuan status kepemilikan tanah, yang dapat menghambat atau mencegah terselenggaranya kegiatan kemanusiaan. Penggunaan tanah untuk permukiman komunitas sementara harus mempertimbangkan hak-hak guna terhadap tanah dan sumber daya alam di wilayah bersangkutan, yang telah ada sebelumnya dan dimiliki oleh masyarakat daerah mau pun masyarakat sekitar wilayah bersangkutan (lihat Standar hunian dan permukiman 5).

3. **Layanan dan sarana utama:** penduduk terkena bencana yang kembali ke lahan tempat tinggal asal mereka, baik yang ditampung di kerabat lain maupun yang ditempatkan di permukiman komunitas sementara, memerlukan akses yang aman, menjamin keselamatan, dan setara terhadap segala bentuk layanan utama. Layanan ini sepantasnya meliputi air, jamban, bahan bakar untuk memasak atau fasilitas warga untuk memasak, rawat-kesehatan, pembuangan sampah padat, sekolah, sarana sosial, ruang doa, tempat pertemuan, wilayah rekreasi, serta wilayah ramah-anak maupun tempat untuk menempatkan hewan ternak (memastikan adanya pemisahan yang memadai antara kandang ternak dengan ruang tinggal). Tempat yang mencukupi untuk melakukan penguburan jenazah yang pantas secara budaya dan ritual-ritual terkait. Penggunaan sarana yang masih ada atau fasilitas yang diperbaiki dapat dimaksimalkan sejauh hal tersebut tidak memberi pengaruh yang merugikan bagi masyarakat yang ketempatan maupun masyarakat sekitarnya. Harus disediakan area tambahan atau titik-titik akses untuk pemenuhan kebutuhan dari penduduk sasaran, dan kelompok-kelompok rentan secara khusus. Struktur sosial dan peran gender dari penduduk terkena bencana dan ketentuan-ketentuan terkait keberadaan kelompok rentan harus tergambar dalam penyediaan layanan, sebagai contoh, memastikan bahwa layanan-layanan yang diberikan berada dalam rentang jarak jalan-kaki orang-perorangan yang memiliki kesulitan dalam mobilitas, dan adanya area aman untuk pemberian ASI di tempat permukiman komunitas sementara. Perlu dijamin adanya akses yang memadai terhadap sarana-sarana untuk para lanjut usia, orang berkebutuhan khusus, dan mereka yang memerlukan akses lebih sering. Perlu juga disediakan kantor-kantor administratif, gudang, tempat tinggal staf dan daerah karantina di dalam tempat permukiman komunitas sementara, sesuai kebutuhan (lihat Standar WASH 1 dan Standar sistem kesehatan 1).
4. **Akses:** perlu dilakukan pengkajian terkait akses terhadap permukiman, kondisi infrastruktur jalan setempat dan kondisi jauh-dekatnya pusat-pusat transportasi untuk keperluan dukungan tanggap-darurat, dengan mempertimbangkan hambatan musiman, bahaya, dan risiko keamanan. Untuk permukiman komunitas sementara, lokasi yang digunakan dan titik-titik stok primer barang bantuan beserta titik distribusi makanan harus dapat dijangkau dengan truk-truk besar dari jalan-jalan yang bisa dilalui di segala jenis musim. Sarana-sarana lain harus dapat dijangkau dengan kendaraan ringan. Untuk menjangkau tempat tinggal perorangan dan sarana-sarana umum termasuk sarana sekolah dan rawat-kesehatan, jalan besar dan gang-gang yang dibuat di dalam lokasi permukiman harus memberikan akses yang aman, menjamin keselamatan, dan bisa dilalui di segala jenis musim. Pencahayaan buatan diberikan sesuai kebutuhan. Di dalam permukiman komunitas sementara atau pusat-pusat permukiman bersama, harus dihindari adanya jalur akses dan jalur keluar yang membuat munculnya daerah yang terisolasi atau terbatas yang dapat memunculkan ancaman terhadap keselamatan pribadi para penggunanya. Tanjakan atau



perubahan ketinggian di dekat jalan-keluar di suatu pusat permukiman komunitas haruslah dihindari dan perlu dibuat susunan-tangan untuk berpegangan di jalan-bertangga dan lerengan. Untuk para penghuni tempat penampungan yang memiliki kesulitan mobilitas, perlu diberikan ruang di lantai dasar, dekat dengan jalan-keluar atau di sepanjang jalur akses tanpa adanya perubahan ketinggian. Pengungsi yang menggunakan bangunan sebagai pusat permukiman komunitas harus menyepakati sedikitnya dua jalan-keluar dengan jarak yang dianggap layak, yang memberikan jalan-keluar pilihan, dan jalan-jalan keluar yang disepakati tersebut harus dapat dilihat secara jelas.

5. **Pemilihan lahan dan saluran limbah:** dalam pemilihan lahan dan perencanaan permukiman komunitas sementara, harus dilakukan pengkajian atas saluran limbah air-permukaan dan risiko adanya genangan atau pembanjiran. Kemiringan tanah tidak boleh lebih dari 6 persen. Jika tidak, upaya-upaya besar dalam pengontrolan erosi dan saluran limbah perlu dilakukan, atau kurang dari 1 persen untuk membuat saluran limbah yang memadai. Saluran-saluran saluran limbah mungkin masih diperlukan untuk meminimalkan banjir atau genangan. Titik paling rendah dari lahan yang dipilih tidak boleh kurang dari 3 meter di atas tingkat maksimal permukaan air tanah. Kondisi tanah harus sesuai untuk kebutuhan penggalian lubang jamban dan harus menunjukkan kecukupan untuk lokasi jamban dan sarana-sarana lainnya. (lihat Standar pembuangan tinja 1–2 dan Standar saluran limbah 1).

6. **Perencanaan lahan untuk permukiman komunitas sementara:** alokasi tempat di dalam pusat-pusat permukiman dan penempatan rumah tangga di dalam kamp-kamp sementara yang terencana harus mempertimbangkan praktik-praktik sosial yang ada dan penggunaan bersama atas sumber daya, termasuk air dan sarana sanitasi, kegiatan masak bersama, pembagian makanan. Perencanaan lingkup pertetangaan harus sesuai dengan jaringan sosial yang ada, menjamin keselamatan dan memungkinkan adanya swakelola oleh penduduk yang terkena bencana. Tata letak penempatan bangunan di dalam kamp sementara yang terencana harus menjamin terjaganya privasi dan martabat dari masing-masing rumah tangga dengan memastikan bahwa tiap rumah tangga terbuka ke arah ke area umum bersama atau terbuka ke arah daerah yang terbatas yang dapat mereka gunakan untuk melakukan kegiatan rumah tangga, dan bukan menghadap ke arah pintu masuk hunian lain. Wilayah ruang hidup yang terpadu dan aman untuk penduduk yang terkena bencana juga perlu disediakan bagi sejumlah besar remaja atau anak-anak terlantar. Untuk permukiman yang tersebar, prinsip-prinsip perencanaan pertetangaan juga harus menerapkan, misalnya kelompok-kelompok rumah tangga kembali ke wilayah geografis tertentu atau lakukan identifikasi keluarga-keluarga yang ketempatan yang memiliki kedekatan satu sama lain (lihat Prinsip Perlindungan 1).

7. **Daerah permukaan dari kamp penampungan terencana atau yang spontan:** untuk tempat permukiman jenis kamp, harus tersedia luasan wilayah permukaan layak-guna sedikitnya 45 meter persegi per orang termasuk untuk penempatan rumah tangga. Wilayah tersebut mencakup daerah untuk pembuatan jalan besar dan gang-gangnya, tempat memasak luar-rumah untuk tingkat rumah tangga atau wilayah warga untuk kegiatan memasak, sarana-sarana pendidikan dan ruang rekreasi, jamban, celah-kebakaran (*firebreaks*), kesekretariatan, tempat penampungan air, titik penyaluran bantuan, pasar, tempat penyimpanan barang dan halaman terbatas untuk dapur rumah tangga. Pada kondisi ketika layanan-layanan warga disediakan dengan penggunaan sarana yang telah ada atau pemberian sarana tambahan yang berlokasi di luar wilayah permukiman yang telah direncanakan, harus tersedia luasan daerah permukaan layak-guna sedikitnya 30m² per orang. Perencanaan wilayah harus mempertimbangkan perubahan-perubahan yang terjadi di dalam masyarakat. Jika luasan daerah permukaan minimal tidak dapat diperoleh, perlu dilakukan mitigasi terhadap konsekuensi-konsekuensi yang muncul terkait penggunaan wilayah dengan kepadatan yang lebih tinggi. Sebagai contoh, dengan memastikan pemisahan dan pemberian privasi yang cukup antar rumah tangga secara perorangan, memastikan adanya ruang untuk sarana yang dipersyaratkan.
8. **Keselamatan dari kebakaran:** lakukan pengkajian terhadap risiko kebakaran untuk dipertimbangkan dalam proses perencanaan penggunaan lahan untuk permukiman komunitas sementara dan untuk pengelompokan hunian rumah tangga perorangan. Kegiatan-kegiatan mitigasi harus mencakup penyediaan area 30 meter untuk celah-kebakaran yang memisahkan setiap ruang bangunan 300 meter dan sedikitnya 2 meter antar bangunan perorangan atau hunian (tetapi dianjurkan berjarak dua kali ketinggian keseluruhan dari struktur yang dibuat) untuk menghindarkan adanya struktur yang ambruk yang kemudian menimpa bangunan-bangunan di sekelilingnya. Praktik-praktik memasak yang lebih banyak dipilih atau penggunaan kompor atau alat pemanas harus dipertimbangkan dalam proses perencanaan dalam penggunaan lahan dan pemisahan yang aman untuk hunian rumah tangga (lihat Standar bantuan non-pangan 4).
9. **Risiko vektor:** wilayah dataran rendah, ongkakan reruntuhan setelah kejadian bencana, bangunan-bangunan kosong dan pengerukan-pengerukan, misalnya akibat dari penggunaan tanah uruk lokal untuk konstruksi, dapat memunculkan tempat perkembangbiakan tikus yang dapat menimbulkan risiko kesehatan bagi penduduk sekitarnya. Untuk permukiman komunitas sementara, pemilihan lahan yang tepat dan mitigasi terhadap risiko-risiko vektor merupakan kunci utama dalam mengurangi dampak adanya penyakit jangkitan-vektor pada populasi yang terkena bencana (lihat Standar pengendalian vektor 1–3).



Standar hunian dan permukiman 3: ruang berteduh

Penduduk memiliki cukup ruang berteduh yang memberikan kenyamanan suhu, udara bersih, dan perlindungan dari iklim, dengan menjamin terjaganya privasi, keselamatan dan kesehatan mereka, dan memungkinkan bagi mereka untuk melakukan kegiatan-kegiatan utama dalam rumah tangga dan terkait mata pencarian.

Aksi kunci (untuk dibaca bersama Catatan Panduan terkait)

- Pastikan masing-masing rumah tangga yang terkena bencana memperoleh cukup ruang berteduh (lihat Catatan Panduan 1–2).
- Upayakan adanya pemisahan yang aman dan terjaganya privasi sesuai dengan jenis kelamin, antara kelompok-kelompok yang berbeda, dan antara keluarga-keluarga yang terpisah di dalam suatu rumah tangga, sesuai kebutuhan (lihat Catatan Panduan 3).
- Pastikan kegiatan-kegiatan utama dalam rumah tangga dan terkait mata pencarian dapat diselenggarakan di dalam ruang berteduh atau di wilayah sekitarnya (lihat Catatan Panduan 4).
- Promosikan penggunaan jalan keluar hunian dan bahan bangunan yang telah dikenal oleh penduduk terkena bencana dan, apabila memungkinkan, yang secara budaya dan sosial dianggap layak dan mendukung kelestarian lingkungan (lihat Catatan Panduan 5–6).
- Laksanakan pengkajian terhadap kondisi-kondisi khusus terkait iklim di setiap musim, untuk memperoleh kenyamanan termal, ventilasi, dan perlindungan yang optimal (lihat Catatan Panduan 7–10).

Indikator kunci (dibaca bersama Catatan Panduan)

- Semua orang yang terkena bencana memperoleh sedikitnya lantai tempat berteduh seluas 3,5m² per orang di awal tanggap darurat (lihat Catatan Panduan 1–2).
- Semua jalan keluar hunian dan bahan bangunan memenuhi standar teknis dan kinerja yang telah disepakati dan secara budaya dianggap pantas (lihat Catatan Panduan 3–10).

Catatan Panduan

1. **Iklim dan konteks:** pada kondisi iklim dingin, kegiatan rumah tangga biasanya dilakukan di dalam ruang berteduh dan penduduk yang terkena bencana dapat menjalani saat-saat penting mereka di dalam ruang berteduh untuk memperoleh kenyamanan suhu yang memadai. Di wilayah perkotaan, kegiatan rumah tangga biasanya dilakukan di dalam ruang berteduh, karena kurangnya ketersediaan ruang di luar hunian yang dapat digunakan untuk kegiatan tersebut. Untuk memenuhi pertimbangan tersebut, sering diperlukan luas lantai ruang berteduh yang melebihi 3,5 m² per orang. Ketinggian antara lantai ke langit-langit pada titik tertinggi

sedikitnya adalah 2 meter. Pada iklim yang lebih hangat, tempat teduh terdekat di luar hunian dapat dipakai sebagai tempat penyiapan makanan dan memasak. Pemecahan masalah hunian mungkin perlu menimbang rentang ekstrem terkait iklim antara malam yang dingin dan musim dingin dengan siang hari yang panas dan musim panas. Ketika bahan bangunan untuk membangun suatu hunian lengkap, harus diprioritaskan terdapatnya bahan-bahan atap untuk menyediakan luasan minimum dari ruang yang harus dinaungi. Ruang cakupan yang dihasilkan mungkin tidak memberikan perlindungan dari iklim atau pun menjaga keamanan, privasi, dan martabat, sehingga langkah-langkah lebih lanjut perlu dilakukan untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan tersebut sesegera mungkin (lihat Catatan Panduan 2).

2. **Lamanya:** Segera setelah terjadinya suatu bencana, terlebih dalam kondisi iklim yang ekstrem, ketika bahan-bahan bangunan tidak tersedia langsung di tempat, ruang bernaung dengan luasan kurang dari 3,5 m² per orang mungkin selayaknya disediakan untuk menyelamatkan hidup dan memberikan hunian jangka pendek yang memadai. Dalam kondisi semacam itu, ruang bernaung seluas 3,5 m² per orang harus segera disediakan untuk meminimalkan dampak yang membahayakan terhadap kesehatan dan kesejahteraan penduduk yang ditempatkan di dalamnya. Jika luasan 3,5 m² per orang tidak dapat dipenuhi, atau melebihi area yang biasanya digunakan oleh populasi yang terkena bencana tersebut maupun masyarakat sekelilingnya, dampak atas martabat, kesehatan dan privasi akibat kurangnya luasan ruang bernaung harus dipertimbangkan. Segala bentuk keputusan untuk menyediakan luasan ruang kurang dari 3,5 m² per orang perlu lebih diperhatikan, dan disertai dengan tindakan-tindakan mitigasi terhadap dampak-dampak yang membahayakan populasi yang terkena bencana. Pemecahan masalah hunian sementara atau hunian peralihan mungkin diperlukan dalam rangka menyediakan hunian yang memadai untuk jangka yang lebih lama, melewati berbagai iklim musiman yang beragam dan memungkinkan berlangsung sampai beberapa tahun. Rencana tanggap darurat yang disepakati oleh pemerintah daerah atau pihak-pihak lain yang terkait harus menjamin bahwa hunian sementara atau hunian peralihan tidak akan diizinkan menjadi wilayah perumahan permanen.
3. **Praktik-praktik budaya, keselamatan, dan privasi:** praktik-praktik lokal yang ada dalam kaitannya dengan penggunaan tempat berteduh. Sebagai contoh, pengaturan ruang tidur dan penempatan anggota keluarga berjumlah besar, harus mempertimbangkan ruang bernaung yang dibutuhkan. Konsultasi harus melibatkan anggota-anggota kelompok rentan dan mereka yang sedang merawat orang-orang yang rentan. Harus diberikan kesempatan untuk melakukan pemisahan ruang internal di dalam tempat-hunian rumah tangga. Di dalam tempat tinggal bersama, pengelompokan keluarga yang masih memiliki kedekatan, adanya jalur-jalur akses melalui ruang bernaung yang dirancang dengan baik serta



tersedianya bahan-bahan untuk membatasi ruang pribadi dan rumah tangga dapat membantu memberikan privasi dan menjaga keselamatan pribadi secara memadai. Manfaat psikososial dari upaya menjamin tersedianya ruang dan privasi yang memadai dengan mengurangi kemungkinan terlalu padatnya penghuni harus dimaksimalkan, baik dalam hunian rumah tangga perorangan maupun di dalam tempat tinggal bersama sementara (lihat Prinsip Perlindungan 1).

4. **Kegiatan rumah tangga dan mata pencarian:** ruang bernaung harus memberikan ruang untuk kegiatan-kegiatan: tidur, mencuci dan berpakaian; perawatan bayi, anak, dan orang yang terbaring sakit atau yang kondisi kesehatannya lemah; penyimpanan makanan, air, barang-barang milik rumah tangga, dan aset-aset utama lainnya; dan untuk kebiasaan berkumpulnya anggota keluarga. Perencanaan ruang bernaung, secara khusus perencanaan lokasi untuk celah bukaan dan penyekatan, harus memaksimalkan penggunaan ruang internal tersebut dan juga wilayah eksternal di sekelilingnya.
5. **Pemecahan masalah hunian, bahan bangunan, dan kegiatan konstruksi:** ketika pilihan jenis hunian lokal pasca-bencana tidak tersedia langsung di tempat, tidak mencukupi, atau tidak dapat dipenuhi secara jangka panjang oleh lingkungan setempat, harus disediakan tempat tinggal yang telah disiapkan sebelumnya, misalnya tenda keluarga, paket tempat-hunian, paket bahan bangunan atau paket bangunan siap-pasang. Ketika lembar-lembar plastik berserat diberikan sebagai bantuan tanggap darurat untuk kebutuhan hunian darurat, hal tersebut juga harus disertai dengan tali, perkakas, dan perlengkapannya, juga bahan-bahan pendukung seperti bilah kayu atau bagian-bagian kusen yang dibeli di lokasi setempat. Bahan-bahan semacam itu atau pemecahan masalah hunian yang disiapkan sebelumnya harus memenuhi spesifikasi dan standar nasional dan internasional serta harus dapat diterima oleh penduduk terkena bencana. Ketika hanya sebagian bahan dasar hunian yang tersedia (misalnya lembaran plastik), lakukan pengkajian dan mitigasi terhadap dampak buruk yang mungkin terjadi di ekonomi lokal atau lingkungan alam dari usaha untuk memperoleh sumber-sumber lain untuk bahan-bahan yang dibutuhkan (misalnya bilah kayu untuk kusen). Kemampuan teknis dan keuangan dari penduduk terkena bencana untuk memelihara dan memperbaiki hunian mereka juga harus menyangkut spesifikasi bahan dan teknologi yang digunakan (lihat Standar bantuan non-pangan 5). Pemantauan berkala harus dilakukan untuk menjamin tercapainya kinerja pemecahan masalah hunian yang memadai sepanjang waktu.
6. **Rancangan partisipatif:** semua orang dari tiap rumah tangga yang terkena bencana harus terlibat semaksimal mungkin dalam menentukan jenis bantuan hunian yang akan disediakan. Prioritas harus diberikan pada pendapat yang berasal dari kelompok atau perorangan yang biasanya lebih banyak menghabiskan waktunya di tempat berteduh dan mereka

- yang memiliki kekhususan dalam kemampuan mengakses layanan. Hal ini harus dipertimbangkan melalui pengkajian terhadap jenis perumahan yang umumnya dipakai. Upayakan agar para keluarga memahami kelebihan dan kekurangan dari bentuk-bentuk konstruksi dan material 'modern' yang belum begitu dikenal yang mungkin dipandang sebagai bentuk peningkatan status sosial dari keluarga-keluarga bersangkutan (lihat Standar Inti 1).
7. **Di iklim hangat, lembab:** hunian harus diorientasikan dan dirancang untuk memaksimalkan ventilasi dan meminimalkan masuknya cahaya matahari langsung. Atapnya harus memiliki kemiringan yang cukup untuk memberikan saluran air hujan dengan adanya selasar yang luas kecuali di lokasi-lokasi yang rentan terhadap angin kencang. Konstruksi hunian sebaiknya berupa konstruksi ringan, karena diperlukan kemampuan termal yang rendah. Harus dipastikan adanya saluran air permukaan yang memadai di sekitar hunian serta penggunaan lantai yang dinaikkan ketinggiannya untuk meminimalkan risiko masuknya air ke ruang bernaung.
 8. **Di iklim panas, kering:** konstruksi yang dibuat sebaiknya berupa konstruksi berat untuk memastikan kemampuan suhu yang tinggi, yang memungkinkan adanya perubahan suhu di malam dan siang hari dengan mendinginkan dan menghangatkan ruang dalam hunian secara bergantian, atau berupa konstruksi ringan yang memiliki cukup insulasi. Harus berhati-hati dalam membuat rancangan struktural konstruksi berat di area-area dengan risiko seismik. Jika hanya lembaran plastik atau tenda yang tersedia, atap berlapis-ganda harus disediakan dengan ventilasi antar lapisan-lapisan tersebut untuk mengurangi tingkat pancaran panas. Buka pintu dan jendela yang berposisi jauh dari arah angin utama akan meminimalkan pemanasan akibat adanya angin panas dan radiasi panas dari tanah di sekelilingnya. Pembuatan lantai dibuat sesuai dengan pembuatan dinding eksternal tanpa adanya celah-celah untuk meminimalkan debu dan penetrasi vektor.
 9. **Di iklim dingin:** konstruksi berat dengan kemampuan termal yang tinggi diperlukan untuk tempat-hunian yang digunakan sepanjang hari. Konstruksi ringan dengan kemampuan termal rendah dan banyak insulasi lebih cocok untuk hunian yang lebih sering digunakan pada malam hari. Minimalkan tiupan angin, terlebih di sekitar bukaan pintu dan jendela, untuk memastikan kenyamanan pribadi di samping juga memberikan ventilasi yang mencukupi untuk pemanas ruangan atau kompor pemasak. Kompor pemasak atau beragam jenis pemanas ruangan lainnya bersifat dasar dan harus tepat untuk digunakan di dalam hunian. Lakukan pengkajian dan mitigasi terhadap risiko kebakaran yang mungkin terjadi dari penggunaan kompor dan pemanas ruangan (lihat Standar bantuan non-pangan 4). Saluran limbah air permukaan harus dibuat di sekitar hunian dan lantai harus ditinggikan posisinya untuk meminimalkan risiko masuknya air hujan atau lelehan salju ke ruang bernaung. Hilangnya panas tubuh melalui lantai harus diminimalkan dengan memastikan bahwa lantai memperoleh



insulasi dan digunakannya tikar tidur yang berinsulasi, kasur atau tempat tidur yang ditinggikan posisinya (lihat Standar bantuan non-pangan 2).

10. **Ventilasi dan pengendalian vektor:** harus disediakan ventilasi yang memadai di dalam hunian rumah tangga perorangan dan bangunan-bangunan umum seperti sekolah dan sarana rawat-kesehatan untuk memelihara lingkungan internal yang sehat, untuk meminimalkan efek asap dari kompor rumah tangga di dalam hunian dan masalah-masalah infeksi pernafasan dan mata serta membatasi risiko penyebaran penyakit seperti penyebaran TB karena infeksi titik-ludah (*droplet infection*). Praktik-praktik lokal terkait penggunaan bangunan, pola-pola penggunaan hunian oleh penduduk yang mengungsi dan penyeleksian bahan bangunan harus mempertimbangkan upaya-upaya pengendalian vektor (lihat Layanan Kesehatan Utama – Standar pengendalian penyakit menular 1 dan Standar pengendalian vektor 1–3).

Standar tempat hunian dan permukiman 4: Konstruksi

Praktik-praktik lokal yang aman terkait penggunaan bangunan, bahan bangunan, keahlian dan kemampuan digunakan selayaknya, yang memaksimalkan keterlibatan penduduk yang terkena bencana dan kesempatan-kesempatan bagi sumber mata pencarian lokal.

Aksi kunci (dibaca dengan Catatan Panduan terkait)

- Libatkan penduduk yang terkena bencana, pekerja profesional di bidang bangunan dari wilayah setempat dan pihak-pihak terkait yang berwenang dalam menyepakati praktik-praktik aman yang tepat dalam kaitannya dengan penggunaan bangunan, bahan bangunan dan keahlian yang memaksimalkan kesempatan bagi sumber mata pencarian lokal (lihat Catatan Panduan 1–3).
- Pastikan adanya akses terhadap dukungan atau sumber daya tambahan bagi penduduk yang terkena bencana yang tidak memiliki kemampuan atau kesempatan untuk menyelenggarakan kegiatan-kegiatan yang berhubungan dengan konstruksi (lihat Catatan Panduan 1–3).
- Minimalkan risiko dan kerentanan struktural melalui konstruksi dan spesifikasi bahan yang tepat (lihat Catatan Panduan 4–5).
- Penuhi standar yang telah disepakati dalam kaitannya dengan bahan yang digunakan dan kualitas pengerjaannya (lihat Catatan Panduan 5–6).
- Kelola proses penyediaan bahan, pekerja, bantuan teknis, dan perizinan regulatif melalui pelelangan, pengadaan dan praktik-praktik administrasi konstruksi yang tepat (lihat Catatan Panduan 7).
- Upayakan pemeliharaan dan pengembangan tempat hunian rumah tangga perorangan dengan menggunakan peranti-peranti dan sumber daya yang tersedia secara lokal (lihat Catatan Panduan 8).

Indikator kunci (dibaca bersama dengan Catatan Panduan terkait)

- Seluruh konstruksi yang dilakukan sejalan dengan praktik-praktik aman dan standar-standar terkait penggunaan bangunan yang telah disepakati (lihat Catatan Panduan 2–7).
- Kegiatan-kegiatan konstruksi menunjukkan keterlibatan penduduk yang terkena bencana dan pemaksimalan kesempatan bagi sumber mata pencarian lokal (lihat Catatan Panduan 1–2, 8).

Catatan Panduan

1. **Partisipasi dari penduduk yang terkena bencana:** partisipasi penduduk yang terkena bencana dalam kegiatan-kegiatan terkait tempat hunian dan permukiman harus mempertimbangkan praktik-praktik yang ada di masyarakat, dan melalui praktik-praktik di masyarakat ini perumahan dan permukiman direncanakan, dibangun dan dipelihara. Program-program pelatihan untuk memberikan keahlian dan skema magang dapat memaksimalkan kesempatan-kesempatan untuk mendorong partisipasi selama konstruksi, terlebih untuk para penduduk yang kurang memiliki keahlian bangunan atau pengalaman yang dibutuhkan. Perempuan di segala usia harus didorong untuk terlibat dalam kegiatan dan pelatihan terkait tempat hunian dan konstruksinya. Kontribusi dari para pihak yang kurang memiliki kemampuan dalam tugas-tugas fisik atau mereka yang memerlukan keahlian teknis spesialis dapat berupa pemantauan lahan dan pengawasan barang inventaris, kegiatan rawat-anak, pemberian akomodasi sementara, atau penyiapan makanan bagi mereka yang terlibat dalam pekerjaan konstruksi dan dukungan administratif. Perlu dipertimbangkan munculnya tuntutan-tuntutan lain berkaitan dengan waktu dan sumber-sumber pekerja yang berasal dari penduduk yang terkena bencana. Pemberian bantuan dari tim-tim pekerja sukarela masyarakat atau pekerja kontrak dapat melengkapi keterlibatan rumah tangga perorangan yang terkena bencana. Bantuan-bantuan semacam ini penting untuk mendukung rumah tangga dengan para perempuan sebagai kepala keluarga, karena perempuan mungkin berada dalam risiko atas adanya eksploitasi seksual dalam mencari dukungan untuk membangun hunian mereka (lihat Standar Inti 1, Prinsip Perlindungan 2 dan Standar bantuan non-pangan 5). Orang-orang dengan kesulitan gerak, para lanjut usia dan mereka yang tidak mampu menyelenggarakan kegiatan konstruksi mungkin juga perlu bantuan.
2. **Keahlian dan pengalaman teknis:** adanya rancangan teknis, konstruksi dan keahlian pengelolaan yang tepat harus melengkapi keahlian-keahlian dan pemahaman yang telah dimiliki oleh penduduk terkena bencana serta memberikan pengalaman dalam melakukan proses regulatif dan proses teknis yang ada (lihat Standar Inti 6). Di lokasi-lokasi yang rentan terhadap bencana-bencana musiman atau siklik, keterlibatan spesialis teknis yang memiliki pengalaman yang sesuai, pemecahan masalah lokal, atau praktik



pengalaman terbaik yang disepakati dapat menjadi bahan pertimbangan untuk rancangan dan proses konstruksi.

3. **Sumber bahan bangunan dan pekerja:** penyediaan cepat hunian atau bahan-bahan dan peranti-perantinya, baik dalam penyediaan satuan maupun dalam bentuk paket siap-bagi, dapat memungkinkan penduduk yang terkena bencana untuk mendirikan atau melakukan sendiri konstruksi tempat hunian mereka. Sejauh memungkinkan, mata pencarian lokal perlu untuk didukung melalui pengadaan bahan bangunan secara lokal, keahlian spesialis dalam bidang bangunan dan pekerja kasar yang dipertimbangkan dengan adanya pengkajian dan analisis pasar secara cepat. Jika sumber lokal untuk bahan bangunan membawa kemungkinan adanya dampak-dampak buruk yang besar terhadap kondisi ekonomi lokal atau lingkungan alamnya, tindakan-tindakan berikut mungkin perlu dilakukan: penggunaan sumber-sumber beragam; bahan-bahan atau proses produksi alternatif; bahan-bahan yang diadakan secara regional atau internasional; atau sistem-sistem tempat hunian yang telah dipatenkan (lihat Standar hunian dan permukiman 5). Perlu promosi penggunaan ulang bahan-bahan yang dikumpulkan dari sisa bangunan yang rusak, yang telah diidentifikasi hak-hak kepemilikannya.
4. **Pencegahan dan pengurangan risiko bencana:** ketahanan konstruksi sebaiknya bersifat konsisten dengan kondisi-kondisi keikliman dan bahaya alam yang telah dikenal serta harus mempertimbangkan adaptasi untuk mengatasi dampak-dampak lokal dari terjadinya perubahan iklim. Perubahan-perubahan pada standar atau praktik-praktik terkait bangunan sebagai akibat dari suatu bencana harus diterapkan melalui konsultasi dengan para penduduk yang terkena bencana dan pihak-pihak terkait yang berwenang.
5. **Rancangan dan konstruksi aman untuk bangunan umum:** bangunan-bangunan umum sementara dan permanen seperti sekolah dan sarana rawat-kesehatan harus dibangun atau diperbaiki agar tahan terhadap bencana dan untuk menjamin keselamatan dan adanya akses bagi semua. Sarana-sarana tersebut harus sesuai dengan standar-standar konstruksi spesifik-sektor dan prosedur perizinannya, termasuk persyaratan-persyaratan bagi mereka yang memiliki kesulitan mobilitas, visual, dan komunikasi. Perbaikan atau konstruksi baru untuk bangunan-bangunan semacam ini harus dilakukan melalui konsultasi dengan para pemegang kewenangan dan mempertimbangkan infrastruktur layanan yang telah disepakati dan strategi pemeliharaan yang terjangkau (lihat INEE Standar Minimum dalam bidang Pendidikan: Kesiapsiagaan, Tanggap Darurat, Pemulihan).
6. **Standar Konstruksi:** standar dan pedoman untuk konstruksi harus disepakati bersama pihak-pihak terkait yang berwenang untuk memastikan

bahwa persyaratan keselamatan dan kinerja kunci dapat dipenuhi. Dalam kondisi ketika kode-kode aturan pembangunan gedung tingkat daerah maupun nasional belum dijalankan dengan rutin atau belum digalakkan, penyesuaian tambahan harus disepakati, yang mencerminkan pertimbangan atas budaya perumahan setempat, kondisi iklim, sumber daya, jenis bangunan dan kemampuan pemeliharaan, kemudahan akses dan keterjangkauannya.

7. **Pengelolaan pengadaan dan konstruksi:** jadwal konstruksi harus dibuat untuk merencanakan kegiatan. Jadwal harus mencakup penanda-penanda kunci atas capaian seperti tanggal penyelesaian yang disasarkan, relokasi penduduk yang mengungsi ke tempat hunian dan permukiman, dan pola cuaca musiman yang berlangsung di tempat bersangkutan. Harus dibuat suatu rantai pasokan yang cepat, efisien, dan dapat dipertanggungjawabkan serta suatu sistem pengelolaan konstruksi terkait bahan bangunan, pekerja, dan pengawasan lapangan. Hal tersebut mencakup sumber perolehan bahan, pengadaan, pengangkutan, penanganan dan administrasi, dari sejak asal bahan bangunan itu diambil sampai di lokasi kegiatan bersangkutan sebagaimana dibutuhkan (lihat Standar ketahanan pangan: Pemberian Makanan 4).
8. **Pengembangan dan pemeliharaan:** karena respons awal untuk tempat hunian biasanya hanya memberikan tingkat minimum dari kebutuhan ruang bernaung dan bantuan bahan-bahan bangunan, penduduk yang terkena bencana perlu mencari upaya alternatif dalam meningkatkan jangkauan atau kualitas ruang bernaung yang telah disediakan. Model konstruksi dan bahan yang digunakan harus memungkinkan rumah tangga perorangan melakukan pemeliharaan dan adaptasi tambahan atau pengembangan atas tempat huniannya untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan jangka panjang mereka dengan menggunakan perangkat dan bahan bangunan yang tersedia di lokasi setempat (lihat Standar bantuan non-pangan 5).

Standar hunian dan permukiman 5: Dampak Terhadap Lingkungan

Pemecahan masalah hunian dan permukiman serta sumber-sumber bahan bangunan dan teknik konstruksi yang digunakan dapat meminimalkan dampak buruk terhadap kondisi lingkungan alam setempat.



Aksi kunci (dibaca bersama Catatan Panduan terkait)

- Lakukan pengkajian dan analisis mengenai dampak buruk bencana terhadap lingkungan alam, risiko serta kerentanan terkait kondisi lingkungan alam di wilayah bersangkutan (lihat Catatan Panduan 1).
- Pertimbangkan tingkat ketersediaan sumber daya alam lokal ketika

melakukan perencanaan hunian sementara mau pun permanen untuk penduduk yang terkena bencana (lihat Catatan Panduan 1–3).

- Upayakan agar sumber daya lingkungan alam setempat dapat mencukupi kebutuhan penduduk yang terkena bencana, baik di saat sedang berlangsung mau pun di masa yang akan datang (lihat Catatan Panduan 1–3).
- Minimalkan dampak buruk pada sumber daya lingkungan alam setempat yang mungkin disebabkan oleh produksi dan pemasokan bahan bangunan dan proses pengerjaan bangunan (lihat Catatan Panduan 3–4).
- Sejauh memungkinkan, pertahankan keberadaan pohon-pohon dan tumbuhan lainnya untuk meningkatkan ketersediaan air, meminimalkan erosi tanah, dan memberikan teduhan (lihat Catatan Panduan 5).
- Kembalikan lokasi permukiman warga sementara ke kondisi semula saat tidak lagi dibutuhkan, kecuali terdapat kesepakatan lain (lihat Catatan Panduan 6).

Indikator kunci (untuk dibaca bersama Catatan Panduan terkait)

- Dalam perencanaan yang dibuat, baik untuk kondisi pemulangan, penempatan di kerabat mau pun permukiman sementara, ditunjukkan bahwa dampak buruk pada lingkungan alam setempat telah diminimalkan dan/atau diupayakan mitigasinya (lihat Catatan Panduan 1–6).
- Dalam proses konstruksi dan pemerolehan sumber bahan bangunan untuk segala jenis solusi hunian ditunjukkan bahwa dampak buruk terhadap lingkungan alam setempat telah diminimalkan dan/atau diupayakan mitigasinya (lihat Catatan Panduan 4).

Catatan Panduan

1. ***Pengkajian lingkungan***: harus dilakukan pengkajian dampak bencana terhadap lingkungan alam untuk dipertimbangkan dalam kegiatan tanggap darurat dan mitigasi yang dibutuhkan. Banyak bencana alam, misalnya tanah longsor, sering merupakan akibat langsung dari kesalahan dalam pengelolaan sumber daya lingkungan alam. Di samping itu, mungkin bencana tersebut merupakan akibat dari risiko atau kerentanan lingkungan yang ada, seperti banjir musiman di wilayah dataran rendah atau kurangnya sumber daya lingkungan alam yang dapat digunakan secara aman. Penting untuk memiliki pemahaman atas risiko-risiko ini, dengan tujuan untuk memberikan pertimbangan pada perencanaan penampungan dan untuk memastikan bahwa kerentanan yang telah dikenali termasuk dampak dari perubahan iklim menjadi bagian dalam sasaran kegiatan tanggap darurat.
2. ***Keberlanjutan dan pengelolaan sumber daya lingkungan***: ketika sumber daya lingkungan yang dibutuhkan untuk mendukung peningkatan besar pada ruang hidup manusia memiliki ketersediaan yang terbatas, harus dilakukan tindakan mitigasi terhadap munculnya segala jenis tuntutan kebutuhan terhadap penggunaan lingkungan alam yang mengganggu

kelestariannya. Ketika sumber daya alam tersedia, pembuatan permukiman warga sementara harus dilaksanakan dengan meminimalkan kerusakan lingkungan sekitarnya. Pasokan bahan bakar eksternal yang berkelanjutan dan pilihan-pilihan untuk pasokan rumput bagi ternak, produksi pertanian serta kegiatan-kegiatan dukungan mata pencarian lainnya yang tergantung pada sumber daya alam harus disediakan dan dikelola dengan baik. Permukiman yang dikelola baik dengan ukuran lebih besar tetapi berjumlah lebih sedikit mungkin akan lebih ramah lingkungan dalam jangka panjang dibandingkan dengan permukiman yang berukuran lebih kecil tetapi dalam jumlah lebih banyak, tersebar, yang tidak dapat dikelola dan diawasi dengan mudah. Juga perlu dipertimbangkan munculnya dampak adanya kebutuhan sumber daya lingkungan alam dari penduduk yang menampung penduduk yang terkena bencana atau penduduk yang tinggal di sekitar daerah yang terkena bencana.

3. **Melakukan mitigasi pada dampak jangka panjang terhadap lingkungan:** pengelolaan sumber daya lingkungan alam harus dipertimbangkan pada setiap tingkat perencanaan. Ketika kebutuhan untuk menyediakan tempat hunian bagi penduduk yang terkena bencana menyebabkan dampak buruk bagi lingkungan alam melalui pengurangan sumber daya lingkungan, efek jangka panjang harus diminimalkan melalui kegiatan pengelolaan lingkungan dan rehabilitasi secara seimbang. Konsultasi dengan lembaga-lembaga lingkungan hidup sangat dianjurkan untuk dilakukan.
4. **Pemilihan sumber bahan-bahan konstruksi:** dampak terhadap lingkungan dari pemilihan sumber daya dari lingkungan alam perlu dikaji, seperti air, kayu bangunan, pasir, tanah, dan rumput, juga bahan bakar untuk pembakaran batubara dan genteng. Identifikasi para pengguna utamanya, angka pengambilan dan regenerasi sumber daya, dan kepemilikan atau pengawasan terhadap sumber daya-sumber daya ini. Sumber pasokan alternatif atau tambahan mungkin mendukung ekonomi lokal dan mengurangi dampak buruk pada lingkungan alam setempat. Penggunaan sumber-sumber yang beragam dan penggunaan kembali bahan-bahan sisa bangunan yang berhasil dikumpulkan, bahan-bahan dan proses produksi alternatif (misalnya penggunaan batu cetak tanah harus dipromosikan. Tindakan-tindakan ini harus dikombinasikan dengan praktik-praktik mitigasi, misalnya penanaman kembali pohon-pohon secara seimbang.
5. **Erosi:** solusi tempat hunian dan penampungan harus direncanakan dengan mempertahankan keberadaan pohon-pohon dan tumbuhan lainnya untuk menjaga keseimbangan tanah dan untuk memaksimalkan kesempatan dalam memberi wilayah yang teduh dan perlindungan dari iklim. Kontur alam harus digunakan untuk elemen-elemen seperti jalan, gang, dan jaringan saluran limbah dalam rangka meminimalkan erosi dan banjir. Ketika hal-hal ini tidak dapat dicapai, segala kemungkinan erosi harus selalu dikendalikan sepanjang kegiatan penggalian untuk saluran-



saluran limbah, pipa limbah di bawah badan jalan atau penanaman pohon di sekitar teras tanah lereng untuk mengurangi kikisan aliran air (lihat Standar saluran limbah 1).

6. **Serah terima:** regenerasi lingkungan secara alami harus dikembangkan di dalam dan di sekitar permukiman warga sementara melalui upaya-upaya rehabilitasi lingkungan yang tepat. Tidak berlanjutnya permukiman semacam ini harus ditangani dengan baik untuk memastikan adanya pemindahan yang tepat semua bahan atau sampah yang tidak dapat digunakan kembali atau yang membahayakan lingkungan alam.

2. Bantuan non-pangan: pakaian, perlengkapan tidur dan peralatan rumah tangga

Bahan pakaian, selimut, dan perlengkapan tidur merupakan kebutuhan pribadi yang paling mendasar untuk melindungi diri dari iklim dan untuk menjaga kesehatan, privasi dan martabatnya. Akses terhadap barang-barang dan pasokan-pasokan mendasar diperlukan untuk memungkinkan keluarga-keluarga yang terkena bencana untuk menyiapkan dan menyantap makanan, untuk memberikan kenyamanan suhu, untuk memenuhi kebutuhan kebersihan pribadi serta untuk membangun, memelihara, atau memperbaiki tempat hunian (lihat Standar promosi kebersihan 2 dan Standar pasokan air 1).

Seluruh penduduk terkena bencana – baik yang kembali ke tanah tempat tinggal asal, yang ditampung oleh kerabatnya, atau ditempatkan di permukiman warga sementara – akan membutuhkan barang-barang non-pangan untuk pribadi dan rumah tangga, yang perlu dikaji dan dipenuhi secara memadai. Penduduk yang terkena bencana secara sekunder, terlebih lagi yang merupakan keluarga-keluarga yang menampung keluarga lain, mungkin juga memerlukan bantuan non-pangan untuk mengatasi beban tambahan oleh karena menjadi tuan rumah bagi pengungsi lain atau karena adanya dampak bencana pada kondisi ekonomi lokal dan akses terhadap barang non-pangan tersebut.

Meskipun penyaluran bantuan non-pangan merupakan kegiatan tanggap darurat yang biasa dilakukan, perlu dipertimbangkan untuk memberikan uang tunai atau kupon-kupon untuk mengakses bantuan non-pangan tersebut ketika pasar lokal masih berfungsi (lihat Standar ketahanan pangan – pemberian Uang Tunai 1 dan kupon bantuan).



Barang-barang untuk pemakaian pribadi maupun rumah tangga biasanya tidak memerlukan instruksi atau informasi tambahan mengenai cara menggunakannya. Namun, barang-barang untuk mendukung perbaikan atau konstruksi tempat hunian, misalnya bahan bangunan, perlengkapan dan perantarnya, biasanya akan memerlukan petunjuk tambahan mengenai cara penggunaan yang aman dan efektif dari barang-barang tersebut. Demikian pula dengan barang-barang untuk memenuhi kebutuhan kebersihan pribadi harus disertai dengan kegiatan-kegiatan promosi kebersihan (lihat Standar penyuluhan kebersihan 1–2).

Standar bantuan non-pangan 1: Barang Bantuan untuk Kebutuhan Pribadi, Rumah Tangga Secara Umum, dan Tempat Hunian.

Penduduk yang terkena bencana memperoleh cukup barang-barang bantuan untuk kebutuhan pribadi, rumahtangga secara umum dan tempat hunian, untuk menjamin kesehatan, martabat, keselamatan, dan kesejahteraan mereka.

Aksi Kunci (dibaca bersama Catatan Panduan terkait)

- Lakukan pengkajian terhadap kebutuhan bantuan non-pangan yang dipisahkan untuk penduduk yang terkena bencana (lihat Catatan Panduan 1–2 dan Standar pasokan air 3).
- Identifikasi jenis-jenis bantuan non-pangan yang dapat diperoleh secara lokal atau yang bisa didapatkan sendiri oleh penduduk yang terkena bencana melalui penyediaan bantuan uang tunai atau kupon bantuan (lihat Catatan Panduan 3).
- Pertimbangkan kepantasan dari barang-barang bantuan non-pangan yang dikemas dalam paket (lihat Catatan Panduan 4).
- Lakukan perencanaan penyaluran secara bertahap, transparan, dan setara untuk seluruh jenis barang bantuan non-pangan (lihat Catatan Panduan 5).
- Berikan instruksi, panduan teknis, atau anjuran dalam penggunaan barang dukungan untuk tempat hunian sebagaimana diperlukan (lihat Catatan Panduan 6).
- Lakukan perencanaan untuk menyiapkan cadangan ulang bantuan non-pangan bagi penduduk yang mengungsi dalam rentang waktu yang lebih lama (lihat Catatan Panduan 7).

Indikator kunci (dibaca bersama Catatan Panduan terkait)

- Seluruh kebutuhan barang non-pangan penduduk terkena bencana yang telah dikaji sebelumnya telah dapat dipenuhi (lihat Catatan Panduan 1–7).

Catatan Panduan

1. **Pengkajian kebutuhan:** perlu dilakukan pengkajian atas kebutuhan-

- kebutuhan yang telah dibedakan antara barang keperluan pribadi seperti pakaian dan kebersihan pribadi, barang rumah tangga secara umum seperti untuk penyimpanan dan penyiapan makanan, dan barang-barang untuk membantu memenuhi kebutuhan tempat hunian seperti lembaran plastik, tali, peranti atau bahan bangunan dasar. Perlu dilakukan pembedaan antara kebutuhan pribadi dan kebutuhan komunal, terlebih untuk kebutuhan memasak dan bahan bakar. Harus diidentifikasi jenis kebutuhan barang non-pangan produk-produk yang telah dikenal dan dapat diperoleh secara lokal. Kebutuhan akan kotak, tas, atau sejenis wadah untuk keperluan penyimpanan dan transportasi barang-barang pribadi dan rumah tangga bagi penduduk yang mengungsi dan penduduk yang singgah sementara perlu dipertimbangkan untuk disertakan sebagai bagian dari bantuan barang non-pangan yang disediakan. Penyediaan bantuan non-pangan harus menjadi bagian rencana tanggap darurat bencana (lihat Standar Inti 1–3 dan Standar tempat hunian dan permukiman 1).
2. **Sarana umum:** bantuan non-pangan harus disediakan untuk mendukung kebutuhan kebersihan pribadi, kesehatan, penyiapan makanan dan memasak, dsb., selayaknya kebutuhan sekolah dan sarana umum lainnya. Harus disediakan akses terhadap bahan-bahan rekreasi dan bahan untuk belajar. Perlu dibangun keterkaitan antara sektor pendidikan dan kesehatan untuk memastikan pesan-pesan mengenai kesehatan masyarakat dan kebersihan dapat membantu memastikan penggunaan bantuan non-pangan secara tepat (lihat Standar promosi kebersihan 1–2 dan Standar Minimum INEE untuk Pendidikan: Kesiapsiagaan, Tanggap Darurat, Pemulihan).
 3. **Sumber pemerolehan bantuan non-pangan:** bencana memengaruhi kondisi ekonomi lokal dan rantai pasokan dasar, yang seringnya memerlukan pasokan barang non-pangan dari luar wilayah tersebut dan perlu adanya penyaluran langsung kepada perorangan, keluarga, dan masyarakat. Analisis pasar yang dilakukan secara cepat sebagai bagian dari kebutuhan awal dapat menentukan bisa dan tidaknya barang-barang tersebut diperoleh secara lokal atau di wilayah sekitarnya yang tidak terkena bencana. Ketika ekonomi lokal masih berfungsi, atau masih dapat dijalankan melalui dukungan khusus dalam pengelolaan rantai sumber pemerolehan barang atau pasokannya, penyediaan uang tunai dan/ atau kupon dapat memungkinkan penduduk memenuhi kebutuhannya sendiri (lihat Standar ketahanan pangan: Uang Tunai dan Kupon Bantuan 1). Bantuan seperti ini harus direncanakan untuk memastikan bahwa kelompok rentan tidak kehilangan manfaat yang seharusnya mereka terima dan bahwa kebutuhan tanggap darurat dapat dipenuhi.
 4. **Paket tanggap darurat:** barang-barang non-pangan seringnya dikemas dan ditempatkan lebih dulu di dalam gudang berdasar spesifikasi dan isi standar. Jumlah dan spesifikasi dari bantuan non-pangan dalam paket untuk keluarga harus dipertimbangkan dengan mengacu pada jumlah



orang di dalam satu keluarga pada umumnya, usia mereka, gender, dan keberadaan orang-orang dengan kebutuhan tertentu, serta penerimaan secara budaya terhadap barang-barang non pangan tersebut.

- 5. *Penyaluran:*** metode penyaluran yang efisien dan setara harus direncanakan melalui konsultasi dengan penduduk yang terkena bencana. Masyarakat harus dilibatkan dalam segala bentuk kegiatan distribusi dan registrasi atau proses pengkajian. Perlu dilakukan registrasi formal atau pengalokasian koin-koin. Pastikan bahwa perorangan atau keluarga yang rentan tidak hilang dari daftar distribusi dan dapat mengakses baik informasi mau pun kegiatan distribusinya sendiri. Proses penyampaian keluhan harus dilakukan untuk menemukan masalah-masalah yang muncul selama kegiatan pendaftaran dan penyaluran. Pihak-pihak terkait yang berwenang di wilayah bersangkutan harus diajak berkonsultasi mengenai lokasi-lokasi penyaluran yang paling tepat untuk akses dan penerimaan barang non-pangan secara aman, serta pemulangan para penerima barang bantuan secara aman. Perlu dipertimbangkan mengenai jarak tempuh jalan kaki yang dibutuhkan, tanah lapang yang digunakan, dan kepraktisan dan implikasinya terhadap biaya pemindahan barang berukuran besar seperti barang-barang dukungan tempat hunian. Pemantauan penyaluran dan penggunaan bantuan non-pangan harus dilakukan untuk mengkaji tingkat kecukupan dan kelayakan baik proses penyaluran dan bantuan non-pangannya sendiri (lihat Standar ketahanan pangan – Pemberian Makanan 5).
- 6. *Promosi, instruksi, dan panduan teknis:*** barang-barang kebutuhan pribadi dan rumah tangga sebaiknya sudah dikenal oleh penduduk yang terkena bencana untuk penggunaan tanpa adanya petunjuk tambahan. Namun, panduan dan instruksi teknis sebaiknya diberikan sebagaimana diperlukan untuk melengkapi penyediaan barang bantuan tempat hunian seperti bahan bangunan, peralatan, dan perlengkapan (lihat Standar bantuan non-pangan 5). Kemasannya dapat memuat diagram yang menggambarkan cara penggunaan yang aman dari barang-barang di dalamnya, untuk memperbaiki atau membangun tempat hunian secara aman dan memadai. Penduduk yang terkena bencana dan para spesialis konstruksi setempat harus dilibatkan dalam kegiatan peningkatan kesadaran di lokasi bersangkutan (sebagai contoh, perbaikan atau pendirian tempat hunian sebagai contoh) agar diperoleh pemahaman yang lebih baik mengenai teknik konstruksi yang dibutuhkan. Segala bentuk kelemahan pada jenis tempat hunian prabencana serta rancangan dan konstruksi penampungan yang telah menyebabkan kerusakan atau penghancuran rumah, dan contoh pengalaman terbaik dari wilayah setempat terkait perumahan yang mampu bertahan setelah bencana, harus lebih diperhatikan oleh mereka yang terlibat dalam kegiatan konstruksi.

7. **Penyediaan kembali:** perencanaan penyaluran barang saat tanggap darurat harus mempertimbangkan tingkat konsumsi, lama penggunaan, dan kemampuan penduduk terkena bencana untuk menyediakan lagi barang non-pangan tersebut.

Standar bantuan non-pangan 2: Pakaian dan Perlengkapan Tidur

Penduduk yang terkena bencana memiliki pakaian, selimut, dan perlengkapan tidur untuk menjamin kenyamanan pribadi, terjaganya martabat, kesehatan dan kesejahteraan.

Aksi kunci (dibaca bersama Catatan Panduan terkait)

- Identifikasi kebutuhan pakaian secara terpisah dari para perempuan, gadis muda, laki-laki, dan lelaki muda dari segala umur termasuk bayi serta perorangan yang rentan dan terpinggirkan dan pastikan adanya akses terhadap barang-barang yang dibutuhkan tersebut dengan ukuran yang tepat dan dianggap layak oleh budaya, cuaca, dan iklim di wilayah bersangkutan (lihat Catatan Panduan 1–5).
- Identifikasi kebutuhan selimut dan perlengkapan tidur dari penduduk yang terkena bencana dan pastikan adanya akses terhadap selimut dan perlengkapan tidur sebagaimana dibutuhkan untuk memberikan kenyamanan suhu yang memadai dan untuk memungkinkan adanya pengaturan tidur yang layak (lihat Catatan Panduan 2–5).
- Lakukan pengkajian terhadap kebutuhan akan kelambu tidur berinsektisida dan sediakan sebagaimana dibutuhkan (lihat Standar pengendalian vektor 1–3).

Indikator kunci (dibaca bersama Catatan Panduan terkait)

- Seluruh perempuan, gadis muda, laki-laki, dan lelaki muda memiliki sedikitnya dua set pakaian dengan ukuran yang tepat, yang dianggap layak oleh budaya, cuaca, dan iklim di wilayahnya (lihat Catatan Panduan 1–5).
- Seluruh penduduk yang terkena bencana memiliki kombinasi selimut, perlengkapan tidur, tikar atau kasur untuk tidur dan kelambu tidur berinsektisida sesuai kebutuhan untuk memastikan kenyamanan suhu yang memadai dan memungkinkan pengaturan tidur yang layak (lihat Catatan Panduan 2–5 dan Standar pengendalian vektor 1–3).

Catatan Panduan

1. **Pergantian pakaian:** seluruh penduduk yang terkena bencana harus memiliki akses terhadap layanan pergantian pakaian untuk menjamin adanya kenyamanan tempat yang memadai, terjaganya martabat, kesehatan dan kesejahteraan. Hal ini akan membutuhkan sedikitnya dua



- set barang-barang dasar, terlebih pakaian dalam, untuk memungkinkan dilakukannya pencucian.
2. **Kelayakan:** pakaian (termasuk barang untuk alas kaki sesuai kebutuhan) harus sesuai dengan kondisi iklim dan praktik-praktik budaya yang ada dan berukuran sesuai kebutuhan. Bayi dan anak-anak sampai usia 2 tahun harus memiliki selimut, selain pakaian yang pantas. Bahan-bahan untuk perlengkapan tidur harus sesuai dengan praktik-praktik budaya setempat dan jumlahnya memungkinkan untuk melakukan pemisahan pengaturan tidur sebagaimana dibutuhkan.
 3. **Kinerja suhu:** sifat-sifat insulatif dari pakaian dan perlengkapan tidur harus dipertimbangkan, demikian juga dengan efek basah atau efek kondisi iklim yang lembab terhadap kinerja suhu barang-barang tersebut. Kombinasi barang untuk pakaian dan perlengkapan tidur harus dipertimbangkan untuk memastikan tercapainya tingkat kenyamanan termal yang dibutuhkan. Menggunakan tikar atau kasur berinsulasi untuk melawan hilangnya panas melalui permukaan tanah mungkin akan lebih efektif daripada memberikan selimut tambahan.
 4. **Keawetan:** pakaian dan perlengkapan tidur yang disediakan harus cukup awet untuk digunakan sebagai pakaian rutin dan penggunaan yang lebih lama.
 5. **Kebutuhan spesifik:** Perorangan yang paling berisiko harus memperoleh pakaian dan perlengkapan tidur tambahan untuk memenuhi kebutuhan mereka. Di antara perorangan ini adalah orang-orang yang buang air kecil terlalu sering, orang-orang dengan sakit kronis, perempuan hamil dan menyusui, para lanjut usia, dan perorangan dengan kesulitan gerak, bayi, anak-anak, mereka dengan gerak terbatas dan orang-orang lanjut usia akan cenderung lebih rentan terhadap hilangnya panas tubuh dan, oleh sebab itu, mungkin membutuhkan tambahan pakaian, selimut, untuk mempertahankan tingkat kenyamanan suhu yang selayaknya. Dengan adanya kesulitan gerak yang dimiliki, orang-orang lanjut usia dan yang terbaring sakit atau berkondisi fisik lemah akan memerlukan perhatian khusus, misalnya penyediaan kasur atau tempat tidur yang ditinggikan.

Standar bantuan non-pangan 3: Peranti Memasak dan Makan

Penduduk yang terkena bencana memiliki akses terhadap barang-barang untuk menyiapkan dan menyimpan makanan, dan untuk memasak, makan dan minum, yang dianggap pantas secara budaya.

Aksi kunci (dibaca bersama dengan Catatan Panduan terkait)

- Identifikasi kebutuhan dari penduduk yang terkena bencana untuk menyiapkan dan menyimpan makanan, dan untuk memasak, makan dan minum, dan memungkinkan akses terhadap barang-barang yang

dibutuhkan, yang dianggap pantas secara budaya (lihat Catatan Panduan 1–2).

Indikator kunci (dibaca bersama dengan Catatan Panduan terkait)

- Masing-masing keluarga atau kelompok yang terdiri dari 4–5 orang memiliki akses terhadap 2 panci memasak berukuran untuk keluarga, dengan pegangan dan tutup, baskom untuk penyiapan makanan atau menyajikan makanan, suatu pisau dapur dan dua buah sudu penyendok sayur (lihat Catatan Panduan 1–2).
- Seluruh penduduk terkena bencana mempunyai akses terhadap satu piring, satu sendok makan atau peranti makan lainnya, dan satu cangkir besar atau bejana tempat minum (lihat Catatan Panduan 1–2).

Catatan Panduan

1. **Kepantasan:** pilihan barang-barang untuk keperluan memasak dan peranti makan harus dianggap pantas secara budaya dan harus menjamin bahwa praktik-praktik yang aman dilakukan. Perempuan atau yang biasanya mengawasi proses penyiapan makanan harus diajak berembuk dalam menentukan jenis-jenis barangnya. Kuantitas barang-barang untuk memasak harus mempertimbangkan praktik-praktik budaya setempat, misalnya pengaturan kegiatan memasak yang terpisah antara kelompok-kelompok keluarga yang berbeda yang tergabung dalam satu rumah tangga atau pemisahan jenis makanan tertentu selama proses penyiapan. Jenis dan ukuran peranti memasak dan makan harus tepat untuk para lanjut usia, orang berkebutuhan khusus dan anak-anak.
2. **Bahan:** Semua barang berbahan plastik (ember, mangkuk, jeriken, wadah penyimpan air) harus dibuat dengan plastik khusus-makanan. Semua barang-barang berbahan metalik (alat makan, mangkuk, jeriken, wadah penyimpan air dan cangkir) harus berbahan anti-karat atau berenamel.

Standar bantuan non-pangan 4: Kompor, Bahan Bakar dan Pencahayaan

Penduduk yang terkena bencana mempunyai akses terhadap kompor yang aman dan hemat bahan bakar, serta pasokan bahan bakar yang mudah diakses atau sumber energi domestik, atau sarana memasak bersama. Masing-masing keluarga juga mempunyai akses terhadap cara-cara yang tepat dalam memperoleh pencahayaan buatan untuk memastikan keselamatan pribadi.



Aksi kunci (dibaca bersama Catatan Panduan terkait)

- Identifikasi dan penuhi kebutuhan rumah tangga terkait kegiatan memasak dan pemanasan ruangan dengan memastikan adanya akses terhadap

kompur yang aman dan hemat bahan bakar, serta pasokan bahan bakar yang mudah diakses atau sumber energi domestik, atau sarana memasak komunal (lihat Catatan Panduan 1).

- Pastikan bahwa kompor dapat digunakan secara aman dan risiko-risiko kebakaran diminimalkan (lihat Catatan Panduan 2–3).
- Identifikasi dan utamakan sumber-sumber bahan bakar yang ramah lingkungan dan berkelanjutan secara ekonomis atau sumber energi domestik (lihat Catatan Panduan 4).
- Pastikan bahwa bahan bakar diperoleh dan disimpan dengan cara yang aman dan tidak membahayakan keselamatan (lihat Catatan Panduan 5).
- Identifikasi dan penuhi kebutuhan rumah tangga akan cara-cara pemenuhan pencahayaan buatan untuk jangka panjang dan akses untuk memperoleh korek api atau peralatan alternatif yang cocok untuk menyalakan bahan bakar atau lilin. (lihat Catatan Panduan 6).

Indikator kunci (untuk dibaca bersama Catatan Panduan terkait)

- Kompor hemat bahan bakar dengan pasokan bahan bakar yang dibutuhkan atau sumber energi domestik digunakan oleh penduduk yang terkena bencana (lihat Catatan Panduan 1–3).
- Tidak ada laporan mengenai insiden tentang kecelakaan terhadap orang-orang dalam penggunaan kompor secara rutin dan memperoleh sumber dan penyimpanan bahan bakar (lihat Catatan Panduan 4–5).
- Penduduk yang terkena bencana mempunyai akses terhadap cara-cara jangka panjang untuk memperoleh pencahayaan buatan dan akses terhadap korek api atau peralatan alternatif lainnya untuk menyalakan bahan bakar atau lilin. (lihat Catatan Panduan 6).

Catatan Panduan

1. **Kompur:** spesifikasi kompor perlu menyesuaikan dengan praktik-praktik yang ada di wilayah setempat. Praktik-praktik memasak yang hemat energi harus dianjurkan untuk dilakukan, termasuk penggunaan kompor hemat bahan bakar, penggunaan kayu bakar, penanganan kebakaran, penyiapan makanan, memasak secara gabungan, dsb. Dalam permukiman umum, sarana memasak untuk dipakai bersama-sama atau secara terpusat lebih baik untuk dilakukan ketimbang penyediaan kompor untuk rumah tangga perorangan, untuk meminimalkan risiko kebakaran dan polusi di dalam ruangan (lihat Standar ketahanan pangan – Pemberian Makanan 2).
2. **Ventilasi:** cerobong asap harus terpasang pada kompor di ruangan tertutup untuk mengeluarkan gas sisa pembakaran atau asap keluar dengan cara yang aman. Bukaan untuk tahan cuaca harus digunakan untuk memastikan ventilasi dan meminimalkan risiko akan masalah-masalah pernapasan.
3. **Keamanan dari kebakaran:** sekat atau pembatas yang aman harus dibuat di antara kompor dan elemen-elemen tempat hunian. Kompor dalam rumah harus diletakkan dengan beralaskan bahan yang tidak mudah terbakar

dan cerobong asap yang juga dilindungi dengan bahan yang tidak mudah terbakar terpasang menembus struktur tempat hunian menuju keluar. Kompor-kompor harus ditempatkan jauh dari pintu masuk dan diletakkan pada lokasi yang mudah untuk diakses secara aman.

4. **Sumber-sumber bahan bakar yang berkelanjutan:** sumber-sumber bahan bakar harus dikelola, terlebih ketika keluarga yang ditempati atau masyarakat sekitarnya juga mengandalkan sumber-sumber tersebut. Sumber daya harus diperbarui untuk menjamin kelestarian pasokannya, misalnya menanam kembali pohon-pohon yang digunakan untuk kebutuhan kayu bakar untuk mengurangi atau menghindari menipisnya sumber kayu bakar tersebut dari hutan yang ada. Penggunaan sumber-sumber bahan bakar non-tradisional harus dianjurkan, misalnya briket yang dihasilkan dari serbuk gergaji dan bahan-bahan organik lainnya, sejauh hal ini bisa diterima oleh penduduk yang terkena bencana.
5. **Pengambilan dan penyimpanan bahan bakar:** penduduk yang terkena bencana, terlebih para perempuan dan gadis muda, harus diajak berembuk mengenai lokasi dan cara-cara untuk mengambil bahan bakar untuk memasak dan kebutuhan pemanasan dalam usaha mengatasi masalah keselamatan pribadi. Kebutuhan terkait cara pengambilan bahan bakar, terlebih dari kelompok rentan, harus diatasi, seperti rumah tangga dengan kepala keluarga perempuan, mereka yang merawat orang-perorangan yang menderita sakit kronis atau perorangan dengan kesulitan gerak atau mengakses layanan. Penggunaan bahan bakar yang tidak memerlukan banyak tenaga perlu dianjurkan kepada masyarakat, termasuk penggunaan kompor hemat bahan bakar dan sumber-sumber bahan bakar yang mudah dijangkau. Bahan bakar harus disimpan dalam jarak aman dari kompor itu sendiri, dan segala jenis cairan bahan bakar seperti minyak tanah harus dijaga untuk tetap jauh dari jangkauan anak-anak dan bayi.
6. **Pencahayaan buatan:** lentera atau lilin dapat memberikan pencahayaan yang siap pakai dan telah dikenal, meskipun risiko kebakaran dari penggunaan barang-barang tersebut perlu dikaji. Sediakan bentuk pencahayaan buatan jenis lain untuk mendukung keselamatan pribadi di dalam dan di sekitar penampungan ketika penerangan secara umum tidak tersedia. Penggunaan pencahayaan buatan yang hemat energi perlu dipertimbangkan, seperti lampu LED (*light-emitting diodes*), dan penyediaan panel penyerap cahaya matahari untuk menghasilkan energi listrik yang dilokalisasi.



Standar bantuan non-pangan 5: Perkakas dan Perlengkapan

Penduduk terkena bencana, ketika bertanggung jawab untuk konstruksi atau pemeliharaan untuk tempat hunian mereka atau untuk pemindahan bekas-bekas reruntuhan, memiliki akses terhadap perkakas-perkakas, perlengkapan, dan pelatihan tambahan yang sesuai dengan kebutuhan.

Aksi kunci (dibaca bersama Catatan Panduan terkait)

- Identifikasi dan penuhi kebutuhan akan perkakas dan perlengkapan dari penduduk yang bertanggung jawab dalam penyelenggaraan konstruksi yang aman untuk sebagian atau seluruh tempat hunian bagi mereka sendiri atau sarana-sarana umum serta untuk melakukan pemeliharaan mendasar atau untuk memindahkan bekas-bekas reruntuhan (lihat Catatan Panduan 1–2).
- Ketika perkakas dan perlengkapan diberikan secara komunal atau untuk pemakaian gabungan, pastikan adanya kesepakatan dan pemahaman bersama mengenai mekanisme yang memadai dalam penggunaan, pemeliharaan, dan penyimpanan yang aman dari perkakas dan perlengkapan tersebut (lihat Catatan Panduan 1–2).
- Sejauh diperlukan, berikan pelatihan dan petunjuk dalam penggunaan perkakas-perkakas dan dalam kegiatan konstruksi, pemeliharaan, atau pemindahan sisa-sisa reruntuhan (lihat Catatan Panduan 3).

Indikator kunci (dibaca bersama Catatan Panduan terkait)

- Ketika diperlukan, seluruh keluarga dan kelompok-kelompok dalam masyarakat mempunyai akses terhadap peranti-perkakas dan peralatan untuk melaksanakan kegiatan konstruksi, pemeliharaan, atau pemindahan sisa-sisa reruntuhan secara aman (lihat Catatan Panduan 1–2).
- Seluruh rumah tangga atau kelompok-kelompok dalam masyarakat memiliki akses terhadap pelatihan dan kegiatan peningkatan kesadaran dalam penggunaan secara aman perkakas dan perlengkapan yang disediakan (lihat Catatan Panduan 3).

Catatan Panduan

1. **Paket perkakas umum:** perkakas dan perlengkapan yang diberikan harus dikenal oleh masyarakat dan sesuai dengan konteks di wilayah bersangkutan. Perlengkapan, seperti paku dalam berbagai ukuran, kawat dan tali bergalvanisasi, serta barang-barang untuk membantu pendirian dan pengukuran, perlu dipertimbangkan. Peranti umum harus diberikan ketika peranti-peranti tersebut digunakan untuk bangunan umum dan hanya dibutuhkan dalam rentang waktu terbatas, atau ketika sumber

daya semacam itu terbatas. Segala bentuk penggunaan bersama, pemeliharaan dan penyimpanannya harus disepakati lebih dahulu sebelum pendistribusian.

2. **Kegiatan terkait mata pencarian:** sejauh memungkinkan, peranti-peranti yang disediakan harus layak untuk dipakai dalam kegiatan-kegiatan dukungan mata pencarian. Penggunaan peranti harus dipantau untuk menghindari dampak-dampak negatif terhadap lingkungan (seperti pengambilan sumber daya alam tanpa perizinan atau yang dapat merusak kelestarian alam) dan penggunaan segala jenis peranti secara bersama.
3. **Pelatihan dan bantuan teknis:** pelatihan atau peningkatan kesadaran harus dilakukan terkait penggunaan peranti secara aman dan cara sederhana untuk pemeliharannya dan dalam kegiatan-kegiatan yang telah direncanakan. Bantuan dari anggota-anggota keluarga besar, tetangga, dan pekerja kontrak untuk melaksanakan pekerjaan konstruksi yang telah ditentukan atau tugas-tugas terkait pemeliharaan harus diberikan kepada keluarga-keluarga dengan kepala keluarga perempuan dan kelompok-kelompok rentan lainnya yang teridentifikasi (lihat Standar hunian dan permukiman 4, Catatan Panduan 1).



Lampiran 1

Daftar periksa untuk pengkajian tempat hunian, permukiman, dan bantuan non-pangan

Daftar pertanyaan berikut menjadi suatu panduan dan daftar periksa untuk memastikan bahwa informasi yang memadai dapat diperoleh untuk dipertimbangkan dalam kegiatan tanggap darurat terkait hunian dan permukiman. Daftar pertanyaan berikut bersifat wajib dan harus digunakan dan diadaptasi sesuai kebutuhan. Diasumsikan bahwa informasi mengenai sebab-sebab pokok bencana, situasi keamanan, demografi dasar dari penduduk yang mengungsi dan penduduk yang ditempati serta tokoh-tokoh kunci yang dihubungi dan diajak konsultasi, ditemui secara terpisah (lihat Standar Inti 3).

1. Tempat hunian dan permukiman

Pengkajian dan koordinasi

- Apakah mekanisme koordinasi bersama telah dibangun oleh lembaga-lembaga dan pihak-pihak terkait yang berwenang?
- Data dasar apa yang tersedia mengenai populasi yang terkena bencana dan apa saja bahaya dan risiko serta kerentanan yang terkait hunian dan permukiman yang telah diketahui?
- Apakah terdapat rencana kontinjensi untuk melakukan tindakan tanggap darurat?
- Untuk bahan pengkajian awal, informasi apa saja yang telah tersedia?
- Apakah telah dilakukan perencanaan antar-lembaga dan/atau pengkajian multisektoral, dan apakah perencanaan itu telah mencakup masalah tempat hunian, penampungan, dan barang non-pangan?

Demografi

- Berapa rata-rata jumlah orang dalam satu rumah tangga?
- Berapa jumlah orang, dipilah sesuai jenis kelamin dan usia, yang termasuk dalam populasi yang terkena bencana yang tidak termasuk dalam rumah tangga secara umum (misalnya anak terlantar) atau kelompok minoritas tertentu dengan ukuran jumlah anggota keluarga yang tidak seperti biasanya?

- Berapa jumlah rumah tangga yang tidak memiliki tempat hunian yang memadai dan di mana mereka berada sekarang?
- Berapa jumlah orang, dipilah sesuai jenis kelamin dan usia, yang tidak termasuk dalam rumah tangga mana pun yang sama sekali tidak memiliki atau memiliki tempat hunian yang tidak memadai dan di mana mereka berada sekarang?
- Berapa banyak rumah tangga yang terkena bencana yang tidak memiliki tempat hunian yang memadai yang belum mengungsi dan dapat diberikan bantuan di lokasi tempat tinggal asal mereka?
- Berapa banyak rumah tangga yang terkena bencana yang kehilangan tempat hunian yang telah pergi mengungsi dan akan membutuhkan bantuan tempat hunian dengan penempatan di rumah kerabat mereka atau di dalam permukiman warga sementara?
- Berapa banyak orang, dipilah sesuai jenis kelamin dan usia, yang tidak memiliki akses terhadap sarana umum seperti sekolah, klinik kesehatan, dan pusat-pusat permukiman?

Risiko

- Risiko apa saja yang paling mengancam kehidupan dengan kurang memadainya tempat hunian, dan berapa jumlah orang yang berisiko terkena?
- Risiko apa saja yang dapat mengancam kehidupan, kesehatan, dan keselamatan yang lebih jauh terhadap populasi yang terkena bencana sebagai akibat dari efek bencana yang sedang terjadi atau bahaya-bahaya yang telah dikenali yang dapat memengaruhi proses penyediaan tempat hunian?
- Apa saja risiko-risiko khusus yang dihadapi para kelompok rentan, termasuk perempuan, anak-anak, kelompok minoritas yang terlantar, orang berkebutuhan khusus atau penderita penyakit kronis, akibat kurang memadainya tempat hunian dan mengapa demikian?
- Apakah dampak terhadap penduduk yang ditempati dengan hadirnya penduduk yang mengungsi?
- Apa saja risiko potensial terkait munculnya konflik atau diskriminasi antar kelompok di dalam penduduk terkena bencana?

Sumber daya dan hambatan

- Apa saja sumber daya barang, keuangan, dan tenaga manusia dari penduduk yang terkena bencana untuk membantu memenuhi beberapa kebutuhan mendesak mereka terkait tempat hunian?
- Apa saja masalah-masalah yang muncul mengenai ketersediaan lahan, kepemilikan, dan penggunaannya untuk memenuhi kebutuhan tempat hunian yang mendesak, termasuk permukiman warga sementara ketika dibutuhkan?
- Apa saja masalah yang mungkin dihadapi penduduk yang ditempati dalam



menerima penduduk yang mengungsi di dalam rumah tempat tinggal mereka atau di tanah sekitar mereka?

- Kesempatan dan hambatan apa saja yang dihadapi dalam menggunakan bangunan atau struktur yang masih ada, masih tersedia, dan tidak rusak karena bencana untuk sementara menampung penduduk yang mengungsi?
- Kecocokan yang seperti apa yang dimiliki oleh lingkungan dan kondisi topografis di wilayah setempat dalam rangka menggunakan lahan kosong yang dapat diakses dalam upaya membuat permukiman sementara?
- Persyaratan dan hambatan apa saja terkait aturan dari pihak berwenang setempat dalam membangun tempat hunian?

Bahan bangunan, rancangan, dan konstruksi

- Apakah pemecahan awal untuk tempat hunian atau bahan bangunan yang bisa didapatkan saat ini oleh penduduk yang terkena bencana maupun para aktor lain?
- Bahan bangunan apa saja yang dapat dikumpulkan dari sisa-sisa reruntuhan untuk rekonstruksi tempat hunian?
- Praktik-praktik perumahan apa saja yang bisa dilakukan oleh penduduk yang terkena bencana dan bahan bangunan seperti apa yang digunakan untuk tulang struktur dan atap, dan untuk bahan penutup dinding luarnya?
- Rancangan alternatif atau pilihan bahan bangunan seperti apa yang memungkinkan untuk tersedia dan telah dikenal oleh penduduk terkena bencana atau dapat diterima oleh mereka?
- Ciri rancangan seperti apa yang diperlukan untuk memastikan adanya akses yang aman dan segera, serta penggunaan pilihan tempat hunian oleh seluruh penduduk terkena bencana, terlebih mereka yang memiliki kesulitan gerak?
- Bagaimana caranya agar pilihan tempat hunian yang telah diidentifikasi dapat meminimalkan risiko dan kerentanan di masa datang?
- Bagaimana biasanya tempat hunian dibangun dan oleh siapa?
- Bagaimana biasanya bahan bangunan diperoleh dan oleh siapa?
- Bagaimana para perempuan, pemuda/pemudi, orang berkebutuhan khusus dan para lanjut usia dilatih atau dibantu agar ikut serta dalam pembangunan hunian mereka sendiri dan hambatan seperti apa yang akan ditemui?
- Apakah dukungan tambahan, melalui penyediaan tenaga relawan maupun kontrak atau bantuan teknis, akan dibutuhkan untuk mendukung perorangan dan rumah tangga yang kurang memiliki kemampuan atau kesempatan untuk membangun tempat hunian?

Rumah tangga dan kegiatan terkait mata pencarian

- Kegiatan rumah tangga dan kegiatan mata pencarian apa saja yang lazimnya dilakukan di dalam tempat hunian atau di sekitar tempat hunian

penduduk terkena bencana, dan bagaimana pengaruh kegiatan ini terhadap kebutuhan ruang dan jenis rancangan tempat hunian?

- Apa saja kesempatan dukungan mata pencarian yang tidak merusak kelestarian lingkungan hidup yang dapat diperoleh dari proses penyediaan bahan-bahan bangunan dan proses pembangunan hunian dan permukiman?

Layanan utama dan sarana umum

- Bagaimana kondisi ketersediaan air untuk minum dan kebersihan pribadi saat ini di wilayah ini, dan kemungkinan serta hambatan apa yang mungkin dihadapi dalam memperoleh kebutuhan sanitasi yang diperkirakan?
- Bagaimana dengan kondisi penyediaan sarana umum saat ini (klinik kesehatan, sekolah, tempat doa) dan hambatan dan kesempatan apa saja yang dihadapi dalam mengakses sarana-sarana ini?
- Jika bangunan umum, terlebih sekolah, yang digunakan sebagai tempat hunian bagi penduduk yang mengungsi, berapa lama waktu yang dibutuhkan dan bagaimana prosesnya untuk mengembalikannya ke fungsi semula?

Masyarakat yang ditempati dan dampak terhadap lingkungan

- Masalah apa saja yang dikeluhkan oleh masyarakat yang ditempati pengungsi?
- Masalah apa saja yang timbul yang bersifat keorganisasian dan terkait perencanaan fisik dalam usaha menerima penduduk yang mengungsi di permukiman masyarakat tuan rumah lainnya atau permukiman sementara?
- Apa saja masalah lingkungan yang muncul di wilayah setempat terkait dengan adanya pengambilan bahan bangunan secara lokal?
- Keresahan dan masalah lingkungan apa saja yang muncul dengan adanya kebutuhan pengungsi akan bahan bakar, sanitasi, pembuangan limbah, ketersediaan rumput ternak, kepatasan dalam pemenuhan kebutuhan, dsb.?

2. Bantuan non-pangan

Kebutuhan bantuan non-pangan

- Apa saja bantuan non-pangan yang sangat dibutuhkan oleh penduduk yang terkena bencana?
- Apakah bantuan non-pangan tersebut dapat diperoleh secara lokal?
- Apakah penggunaan uang tunai atau kupon memungkinkan untuk dilakukan?
- Apakah bantuan teknis yang dibutuhkan untuk melengkapi proses penyediaan barang non-pangan untuk tempat hunian?



Pakaian dan perlengkapan tidur

- Pakaian, selimut, dan perlengkapan tidur seperti apa yang lazimnya dipakai oleh perempuan, anak-anak dan bayi, perempuan hamil dan para lanjut usia, dan hal apa saja yang perlu dipertimbangkan secara sosial dan budaya mengenai hal-hal tersebut?
- Dalam segala jenis usia, berapa jumlah laki-laki dan perempuan, anak-anak, bayi, yang memiliki pakaian, selimut, atau perlengkapan tidur secara kurang memadai atau tidak mencukupi untuk memberi mereka perlindungan dari pengaruh iklim, dan untuk menjaga kondisi kesehatan, martabat, dan kesejahteraan mereka?
- Risiko apa saja yang mungkin mengancam hidup, kesehatan, dan keselamatan pribadi dari para penduduk yang terkena bencana dengan munculnya kebutuhan akan pakaian, selimut atau perlengkapan tidur?
- Apa saja upaya pengendalian vektor yang perlu dipertimbangkan, terlebih dengan penyediaan kelambu, untuk menjamin kesehatan dan kesejahteraan rumah tangga yang terkena bencana?

Memasak dan menyantap makanan; kompor dan bahan bakar

- Peranti makan dan peranti masak apa saja yang lazimnya digunakan sebelum terjadinya bencana?
- Berapa jumlah penduduk yang tidak dapat mengakses peranti masak dan peranti makan yang memadai?
- Bagaimana lazimnya penduduk yang terkena bencana memasak dan memanaskan ruang tempat tinggalnya sebelum terjadinya bencana dan di mana mereka melakukan kegiatan memasak?
- Bahan bakar apa saja yang biasanya digunakan untuk memasak dan memanaskan sebelum terjadi bencana dan di mana bahan bakar tersebut bisa diperoleh?
- Berapa jumlah rumah tangga yang tidak memiliki akses terhadap kompor untuk memasak dan memanaskan, dan mengapa?
- Berapa jumlah penduduk yang tidak memiliki akses terhadap pasokan bahan bakar yang memadai untuk kebutuhan memasak dan memanaskan ruangan?
- Kesempatan dan hambatan apa saja yang muncul dari usaha untuk memperoleh sumber bagi pasokan bahan bakar secara memadai bagi penduduk terkena bencana dan penduduk di sekitarnya, terlebih dalam hubungannya dengan masalah lingkungan
- Dampak apa saja yang menimpa penduduk yang terkena bencana dalam memperoleh sumber pasokan bahan bakar yang memadai, terlebih yang menimpa perempuan di segala usia?
- Masalah budaya apa saja yang muncul dan perlu dipertimbangkan dalam kaitannya dengan kegiatan memasak dan makan?

Peranti dan peralatan

- Peranti dasar apa saja yang dibutuhkan untuk memperbaiki, membangun, atau memelihara tempat hunian yang dapat diakses oleh rumah tangga yang terkena bencana?
- Kegiatan dukungan mata pencarian apa saja yang juga menggunakan peranti untuk konstruksi, pemeliharaan, dan pemindahan sisa reruntuhan?
- Pelatihan atau kegiatan apa saja yang perlu dilakukan untuk meningkatkan kesadaran yang dibutuhkan agar mendorong masyarakat menggunakan peranti secara aman?



Rujukan dan bacaan lanjutan

Instrumen hukum internasional

The Right to Adequate Housing (Article 11 (1) Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), CECSR General Comment 4, 12 December 1991, Committee on Economic, Social and Cultural Rights.

Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (1981); Article 14(2)(h).

Convention on the Rights of the Child (1990); Article 27(3).

International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination (1969); Article 5(e)(iii).

International Convention Relating to the Status of Refugees (1954); Article 21.

Universal Declaration of Human Rights (1948); Article 25.

Umum

Corsellis, T and Vitale, A (2005), *Transitional Settlement: Displaced Populations*. Oxfam. Oxford.

Davis, J and Lambert, R (2002), *Engineering in Emergencies: A Practical Guide for Relief Workers*. RedR/IT Publications. London.

Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE) (2010), *Minimum Standards for Education: Preparedness, Response, Recovery*. New York. www.ineesite.org

Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2008), *Shelter Projects 2008*. IASC Emergency Shelter Cluster. Geneva.

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC) (2010), *Owner-Driven Housing Reconstruction Guidelines*. Geneva.

IFRC/United Nations Human Settlements Programme (UN-Habitat) (2010), *Shelter Projects 2009*. IFRC. Geneva.

United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA), UN Refugee Agency (UNHCR), Office of the UN High Commissioner for Human Rights (OHCHR), Food and Agriculture Organization of the UN (FAO), Norwegian Refugee Council (NRC) (2006), *Handbook on the Implementation of the UN Principles on Housing and Property Restitution Rights for Refugees and Displaced Persons (The "Pinheiro Principles")*.

ProVention Consortium (2007), *Tools for Mainstreaming Disaster Risk Reduction*:

Construction Design, Building Standards and Site Selection, Guidance Note 12. Geneva.

United Nations Disaster Relief Organization (UNDRO) (1982), Shelter After Disaster: Guidelines for Assistance. Geneva.

UNHCR (2007), Handbook for Emergencies. Third Edition. Geneva.

OCHA (2010), Shelter after disaster: strategies for transitional settlement and reconstruction. Geneva.

World Bank (2010), Handbook for Post-Disaster Housing and Community Reconstruction. Washington.

Permukiman warga sementara

Danish Refugee Council (DRC) (2010), Collective Centre Guidelines. Copenhagen.

NRC (2008), Camp Management Toolkit. Oslo.

Lingkungan

Kelly, C (2005), Guidelines for Rapid Environmental Impact Assessment in Disasters. Benfield Hazard Research Center, University College London and CARE International. London.

Kelly, C (2005), Checklist-Based Guide to Identifying Critical Environmental Considerations in Emergency Shelter Site Selection, Construction, Management and Decommissioning. ProAct Network and CARE International.

UNHCR (2002), Environmental Considerations in the Life Cycle of Refugee Camps. Geneva.

WWF and American Red Cross (2010), Green Recovery and Reconstruction Toolkit for Humanitarian Aid. Washington DC. www.worldwildlife.org/what/partners/humanitarian/green-recovery-and-reconstruction-toolkit.html

Uang tunai, kupon, dan kajian pasar

Albu, M (2010), The Emergency Market Mapping and Analysis Toolkit. Practical Action Publishing. Rugby, UK.

Creti, P and Jaspars, S (2006), Cash Transfer Programming in Emergencies. Oxfam. Oxford

International Committee of the Red Cross (ICRC)/IFRC (2007), Guidelines for cash transfer programming. Geneva.

Kebutuhan khusus

Handicap International, Disability Checklist for Emergency Response.

www.handicap-international.de/fileadmin/redaktion/pdf/disability_checklist_booklet_01.pdf

Gender

IASC (2006), Women, Girls, Boys and Men: Different Needs – Equal Opportunities: The Gender Handbook in Humanitarian Action. Geneva.



Dukungan psikososial

IASC (2007), Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva.

Sekolah dan bangunan umum

UN International Strategy for Disaster Reduction, INEE, World Bank (2009), Guidance Notes on Safer School Construction.

Bantuan non-pangan/barang darurat

IASC Emergency Shelter Cluster (2007), Selecting NFIs for Shelter. Geneva.

IASC Task Force on Safe Access to Firewood and Alternative Energy in humanitarian settings (2009). Decision Tree Diagrams on Factors Affecting Choice of Fuel Strategy in Humanitarian Settings. Geneva.

ICRC/IFRC (2009), Emergency Items Catalogue. Third Edition. Geneva.

IFRC/Oxfam International (2007), Plastic Sheeting: a guide to the specification and use of plastic sheeting in humanitarian relief. Oxford.

Inter-Agency Procurement Services Offices (2000), Emergency Relief Items: Compendium of Generic Specifications. Vols 1 and 2. United Nations Development Programme. New York.

OCHA (2004), Tents: A Guide to the Use and Logistics of Family Tents in Humanitarian Relief. Geneva.

Standar Minimum Layanan Kesehatan



Cara Menggunakan Bab Ini

Bab ini terbagi menjadi dua bagian:

- Sistem kesehatan
- Layanan kesehatan dasar

Bab ini menjelaskan suatu pendekatan sistem kesehatan untuk merancang, melaksanakan, memantau, dan melakukan evaluasi layanan kesehatan diadopsi sebagai suatu kerangka kerja dalam mengatur layanan kesehatan selama tanggap darurat. Ini merupakan pendekatan terbaik untuk menjamin agar kebutuhan kesehatan prioritas dapat diidentifikasi dan dipenuhi dengan cara yang tepat dan berdaya guna. Sangat ditekankan untuk menggunakan prinsip-prinsip seperti mendukung sistem kesehatan nasional dan daerah, koordinasi dan perangkat dan pendekatan-pendekatan yang telah memiliki standar.

Prinsip-prinsip perlindungan dan Standar Inti harus digunakan secara konsisten dalam bab ini.

Walaupun pertama-tama ditujukan untuk menginformasikan aksi kemanusiaan setelah bencana secara awal, standar-standar ini juga dipertimbangkan penggunaannya untuk kesiap-siagaan bencana.

Masing-masing bagian terdiri atas:

- **Standar Minimum:** bersifat kualitatif dan secara rinci menjelaskan tingkat minimum yang harus dipenuhi dalam tanggap darurat berkaitan layanan kesehatan.
- **Aksi Kunci:** ini adalah kegiatan-kegiatan yang disarankan dan masukan untuk membantu pemenuhan standar.
- **Indikator kunci:** ini adalah tanda yang menunjukkan apakah suatu standar terpenuhi. Indikator ini memberikan cara untuk mengukur dan mengomunikasikan proses dan hasil-hasil Aksi kunci; menghubungkan dengan Standar Inti, bukan hanya pada Aksi kunci.
- **Catatan Panduan:** ini meliputi hal-hal khusus yang dipertimbangkan ketika menerapkan Standar Inti, Aksi kunci dan Indikator kunci dalam situasi yang beragam. Catatan Panduan memberikan panduan untuk menangani kesulitan praktis, rujukan atau saran mengenai isu utama. Catatan

Panduan juga memberikan paparan tentang isu-isu kritis berkaitan dengan standar, tindakan atau indikator, dan menjelaskan dilema, kontroversi atau kesenjangan pengetahuan yang sudah ada.

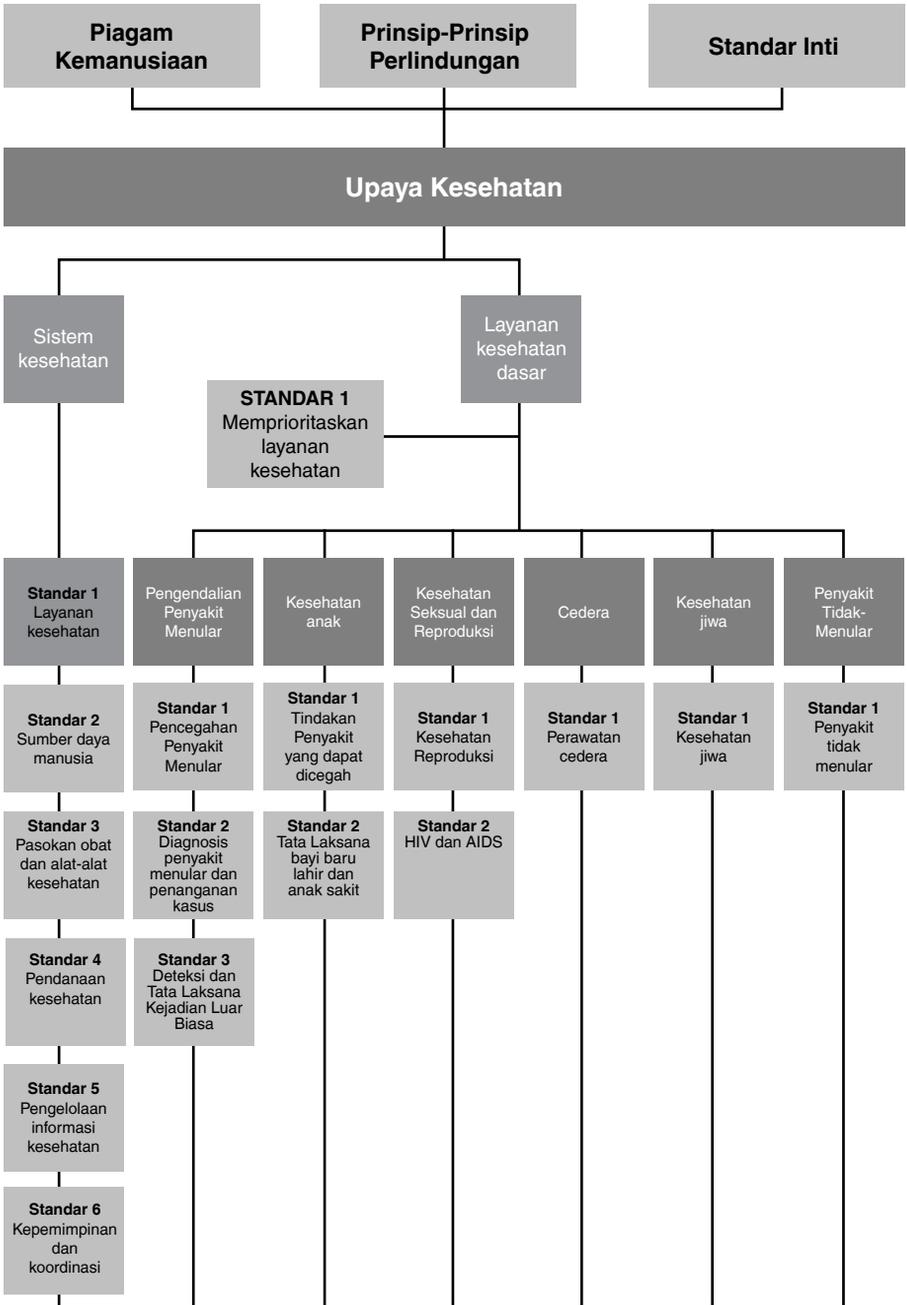
Jika Aksi kunci dan indikator yang dibutuhkan tidak dapat dipenuhi, hasil pelaksanaan yang tidak dikehendaki pada penduduk terkena bencana harus dinyatakan dan tindakan mitigasi yang tepat harus dilakukan.

Lampiran-lampiran pada akhir bab ini terdiri atas daftar periksa kajian pelayanan kesehatan, contoh formulir pengawasan dan rumus untuk menghitung indikator kesehatan kunci. Daftar rujukan dan bahan bacaan lanjutan juga disediakan.



Daftar Isi

Pendahuluan	308
1. Sistem Kesehatan	313
2. Layanan Kesehatan Dasar	326
2.1 Layanan Kesehatan Dasar – Pengendalian Penyakit Menular.....	329
2.2 Layanan Kesehatan Dasar – Kesehatan Anak	338
2.3 Layanan Kesehatan Dasar – Kesehatan Seksual dan Reproduksi	342
2.4 Layanan Kesehatan Dasar – Cedera.....	348
2.5 Layanan Kesehatan Dasar – Kesehatan Jiwa	350
2.6 Layanan Kesehatan Dasar – Penyakit Tidak Menular	353
Lampiran 1: Daftar periksa kajian layanan kesehatan	355
Lampiran 2: Contoh formulir pelaporan pengawasan mingguan ..	357
Lampiran 3: Rumus untuk menghitung indikator kesehatan kunci.....	364
Bahan rujukan dan bahan bacaan lanjutan	366



Lampiran 1: Daftar periksa kajian layanan kesehatan
Lampiran 2: Contoh formulir pelaporan pengawasan mingguan
Lampiran 3: Rumus untuk menghitung indikator kesehatan kunci

Bahan rujukan dan bahan bacaan lanjutan



Pendahuluan

Kaitan dengan Piagam Kemanusiaan dan Hukum Internasional

Standar minimum layanan kesehatan adalah suatu ungkapan praktis dari kepercayaan dan komitmen bersama lembaga-lembaga kemanusiaan dan prinsip-prinsip umum yang menata upaya kemanusiaan yang dinyatakan dalam Piagam Kemanusiaan. Prinsip-prinsip ini ditemukan dalam prinsip kemanusiaan dan merefleksikan hukum internasional. Prinsip-prinsip ini termasuk hak untuk hidup bermartabat, hak untuk perlindungan dan keamanan, dan hak untuk menerima bantuan kemanusiaan berdasarkan kebutuhan. Suatu daftar dokumen-dokumen hukum dan kebijakan kunci yang menginformasikan Piagam Kemanusiaan tersedia pada rujukan dalam Lampiran 1, dengan komentar penjelasan untuk pekerja kemanusiaan.

Negara adalah pihak yang berkewajiban utama untuk pemenuhan hak-hak di atas, lembaga-lembaga kemanusiaan mempunyai suatu kewajiban untuk bekerja dengan penduduk yang terkena bencana yang konsisten dengan hak-hak ini. Dari hak-hak dasar ini mengalir sejumlah hak-hak lainnya yang lebih terperinci. Ini meliputi hak untuk berpartisipasi, informasi dan tidak dibedakan, juga hak-hak khusus mengenai air, pangan, hunian, dan kesehatan yang mendasari standar minimum layanan kesehatan ini dan standar-standar lainnya dalam buku pegangan ini.

Setiap orang mempunyai hak atas kesehatan, seperti dinyatakan dalam sejumlah perangkat hukum internasional. Hak untuk kesehatan hanya dapat dijamin hanya bila penduduk terlindungi, jika para profesional yang bertanggung jawab dalam sistem kesehatan terlatih baik dan berkomitmen pada prinsip-prinsip etika universal dan standar-standar profesional, jika sistem dirancang untuk memenuhi standar-standar minimum kebutuhan, dan jika negara bersedia dan mampu untuk membangun dan memastikan kondisi keamanan dan stabilitas. Ketika konflik bersenjata, rumah-rumah sakit dan fasilitas kesehatan sipil tidak boleh menjadi obyek serangan, dan pekerja kesehatan dan medis mempunyai hak untuk dilindungi. Setiap tindakan yang merusak kenetralan fasilitas kesehatan misalnya membawa senjata, merupakan tindakan terlarang.

Standar Inti dalam bab ini tidak sepenuhnya mengungkapkan hak atas kesehatan. Walaupun demikian standar-standar *Sphere* merefleksikan isi utama hak atas kesehatan, khususnya selama tanggap darurat, dan berkontribusi pemenuhan progresif hak ini secara global.

Pentingnya Upaya Kesehatan dalam Bencana

Akses pada pelayanan kesehatan adalah penentu kritis keberlangsungan hidup pada tahap awal tanggap darurat. Bencana hampir selalu membawa dampak besar pada kesehatan masyarakat dan kesejahteraan penduduk yang terkena bencana. Dampak terhadap kesehatan masyarakat dapat bersifat langsung (misalnya kematian akibat kekerasan atau cedera) atau tidak langsung (misalnya meningkatnya penyakit infeksi dan/atau kurang gizi). Dampak kesehatan tidak langsung ini biasanya berkaitan dengan faktor-faktor misalnya ketidakcukupan jumlah dan kualitas air, rusaknya jamban, gangguan atau berkurangnya akses pada layanan kesehatan dan memburuknya ketahanan pangan. Ketiadaan keamanan, hambatan perpindahan, pengungsian penduduk, dan memburuknya kondisi kehidupan (hunian yang penuh sesak dan tidak memadai) juga dapat memunculkan ancaman kesehatan masyarakat. Perubahan iklim berpotensi meningkatkan kerentanan dan risiko.

Sasaran utama aksi kemanusiaan terhadap krisis kemanusiaan adalah untuk mencegah dan mengurangi kematian dan kesakitan yang berlebihan. Tujuan utama adalah angka kematian kasar (AKK/CMR) dan tingkat kematian balita (U5MR) tetap, atau berkurang, kurang dari dua kali dari angka kematian kasar dan kematian balita dasar yang terdokumentasi sebelum bencana (lihat tabel rujukan data kematian dasar wilayah). Perbedaan jenis bencana berkaitan dengan perbedaan skala dan pola kematian dan kesakitan (lihat tabel mengenai dampak kesehatan masyarakat pada bencana tertentu), dan kebutuhan kesehatan penduduk terkena bencana akan beragam sesuai jenis dan besarnya bencana.

Sumbangan sektor kesehatan adalah memberi layanan kesehatan dasar, termasuk intervensi promotif dan pencegahan yang efektif untuk mengurangi risiko kesehatan. Layanan kesehatan dasar adalah intervensi prioritas kesehatan yang tepat untuk menangani sebab-sebab utama kematian dan kesakitan yang berlebihan. Pelaksanaan layanan kesehatan dasar harus didukung dengan upaya untuk menguatkan sistem kesehatan. Cara intervensi kesehatan direncanakan, ditata, dan disampaikan dalam masa tanggap darurat suatu bencana dapat menguatkan atau tidak mengabaikan sistem kesehatan yang ada dan masa depan pemulihan serta pengembangannya.

Suatu analisis sistem kesehatan yang ada dibutuhkan untuk menentukan tingkat kinerja sistem dan mengenali hambatan utama untuk menyampaikan, dan akses terhadap layanan kesehatan. Pada awal masa tanggap darurat suatu bencana, informasi mungkin tidak lengkap dan keputusan penting kesehatan masyarakat harus dibuat tanpa semua data sesuai yang tersedia. Suatu pengkajian multi-sektor harus dilakukan sesegera mungkin (lihat Standar Inti 3).

Suatu aksi yang lebih baik terpenuhi dengan kesiapsiagaan yang lebih baik. Kesiapsiagaan berdasarkan suatu analisis risiko dan terkait baik dengan sistem



peringatan dini. Kesiapsiagaan termasuk rencana kontinjensi, penyediaan cadangan peralatan dan bahan, pembentukan atau pemeliharaan suatu layanan darurat dan pengaturan yang siap sedia, komunikasi, pengelolaan informasi dan pengelolaan koordinasi, pelatihan petugas, perencanaan tingkat masyarakat, gladi dan latihan-latihan. Penerapan aturan bangunan dapat mengurangi secara dramatis jumlah kematian dan cedera berat berkaitan dengan gempa bumi dan atau memastikan fasilitas kesehatan tetap berfungsi setelah bencana.

Dampak kesehatan masyarakat pada bencana tertentu

Catatan: Pada jenis bencana yang sama, pola kesakitan dan kematian dapat berbeda dari satu konteks ke konteks yang lain.

Dampak	Bencana kompleks	Gempa	Angin ribut (tanpa banjir)	Banjir	Banjir bandang/ tsunami
Kematian	Banyak	Banyak	Sedikit	Sedikit	Banyak
Cedera berat	Beragam	Banyak	Sedang	Sedikit	Sedikit
Risiko penyakit menular meningkat	Tinggi	Beragam*	Kecil	Beragam*	Beragam*
Kerawanan pangan	Biasa	Jarang	Jarang	Beragam	Biasa
Perpindahan penduduk besar-besaran	Biasa	Jarang (terjadi pada wilayah perkotaan yang rusak berat)	Jarang (terjadi pada wilayah perkotaan yang rusak berat)	Biasa	Beragam

* tergantung perpindahan setelah bencana dan kondisi hidup penduduk.

Sumber: Adaptasi dari Pan American Health Organization, 1981

Kaitan dengan Bab Lain

Karena dampaknya pada beragam penentu kesehatan pada status kesehatan, banyak standar pada satu wilayah sering memengaruhi dan bahkan menentukan kemajuan bidang lain. Agar suatu tanggap darurat bencana tepat guna, koordinasi dan kerja sama erat dibutuhkan dengan sektor-sektor lain. Koordinasi dengan pihak berwenang daerah, lembaga lain dan organisasi berbasis komunitas juga dibutuhkan untuk memastikan kebutuhan terpenuhi, dan upaya yang dilakukan tidak duplikasi dan penggunaan sumber-sumber yang optimal dan kualitas layanan kesehatan memadai. Rujukan standar khusus atau catatan panduan dibuat. Rujukan juga dibuat untuk standar-standar pelengkap.

Kaitan dengan Prinsip-prinsip Perlindungan dan Standar-standar Inti

Untuk memenuhi standar dalam buku pegangan ini, semua lembaga kemanusiaan harus dipandu oleh prinsip-prinsip perlindungan, walaupun lembaga tersebut tidak mempunyai mandat atau kemampuan ahli untuk perlindungan. Prinsip ini tidak mutlak, namun dikenali sebagai syarat yang mungkin dibatasi oleh kemampuan lembaga dalam memenuhinya. Meskipun demikian, prinsip-prinsip perlindungan merefleksikan keprihatinan kemanusiaan universal yang harus memandu setiap tindakan setiap waktu.

Standar Inti adalah proses dasar dan standar-standar pekerja kemanusiaan yang penting bagi dengan semua sektor. Keenam Standar Inti meliputi respons kemanusiaan berpusat pada masyarakat; koordinasi dan kerjasama; pengkajian; rancangan dan respons; kinerja, transparansi dan pembelajaran; dan kinerja pekerja kemanusiaan. Ini memberikan suatu rujukan tunggal merujuk pendekatan yang mendasari semua standar lain dalam buku pegangan ini. Oleh sebab itu, setiap bab teknis digunakan bersama Standar Inti untuk membantu pencapaian standar-standarnya. Secara khusus untuk memastikan ketepatan dan mutu setiap tindakan, partisipasi masyarakat terkena bencana harus dimaksimalkan – termasuk kelompok dan perorangan yang sering kali berisiko pada situasi bencana.

Kerentanan dan Kemampuan Penduduk yang Terkena Bencana

Bagian ini dirancang untuk dibaca bersama dan untuk menguatkan penggunaan Standar Inti. Perlu disadari bahwa orang muda atau tua, perempuan, atau seseorang dengan kebutuhan khusus atau pengidap HIV, tidak langsung membuat orang tersebut rentan atau risikonya meningkat. Namun kaitannya dengan faktor-faktor lain membuat kerentanan itu. Misalnya seseorang dengan usia di atas 70 tahun, tinggal sendiri dan kesehatannya buruk mungkin lebih rentan dibanding seseorang dengan usia dan status kesehatan yang sama



namun tinggal bersama keluarga besarnya yang mempunyai pendapatan yang memadai. Sama dengan seorang anak perempuan berusia 3 tahun lebih rentan jika dia terpisah dari keluarganya daripada jika dia tinggal dan dirawat oleh orang tua yang bertanggung jawab.

Bila standar-standar layanan kesehatan dan aksi kuncinya dilaksanakan, suatu analisis kerentanan dan kemampuan membantu memastikan bahwa suatu upaya tanggap darurat mendukung mereka yang mempunyai hak atas bantuan dengan cara tidak membeda-bedakan dari mereka yang paling membutuhkannya.

Ini membutuhkan pemahaman mendalam mengenai konteks lokal dan bagaimana suatu bencana berdampak pada kelompok tertentu dengan cara berbeda karena kerentanan sebelumnya (misalnya sangat miskin dan didiskriminasi), paparannya pada berbagai ancaman perlindungan (misalnya kekerasan berbasis gender termasuk eksploitasi seksual), penyakit (misalnya HIV atau tuberkulosis), dan kemungkinan wabah (misalnya campak atau kolera). Bencana dapat membuat ketidaksetaraan sebelumnya memburuk. Meskipun demikian, dukungan strategi pertahanan masyarakat, daya lenting, dan kemampuan untuk kembali pulih sangatlah penting. Pengetahuan, keterampilan, dan strategi mereka perlu didukung dan akses terhadap dukungan sosial, hukum, keuangan dan psikososial perlu diperjuangkan. Beragam penghambat fisik, budaya, ekonomi, dan sosial yang mungkin bakal mereka hadapi dalam mengakses layanan-layanan ini secara adil juga perlu diperhatikan.

Berikut ini beberapa petunjuk bidang utama yang akan memastikan hak-hak dan kemampuan semua masyarakat rentan dipertimbangkan:

- Optimalkan partisipasi masyarakat, pastikan semua perwakilan kelompok terlibat, khususnya yang kurang terlihat (misalnya orang dengan kesulitan berkomunikasi atau mobilitas, mereka yang tinggal dalam lembaga, kaum muda yang terstigmatisasi, dan kelompok lain yang kurang atau tidak terwakili).
- Data terpilah berdasarkan jenis kelamin, usia (0–80 tahun ke atas) selama pengkajian suatu unsur penting untuk memastikan sektor kesehatan menimbang keragaman penduduk.
- Memastikan hak atas informasi bantuan dikomunikasikan dengan cara yang melibatkan semua dan dapat diakses oleh semua penduduk.

Standar-Standar Minimum

1. Sistem kesehatan

Organisasi Kesehatan Sedunia (*World Health Organization/WHO*) mendefinisikan sistem kesehatan: “semua organisasi, lembaga, dan sumber-sumber yang diperuntukkan untuk membuat upaya kesehatan”. Definisi ini meliputi seluruh pelaku yang terlibat dalam pemberian, pendanaan, dan pengelolaan layanan kesehatan, usaha untuk memengaruhi faktor penentu kesehatan dan juga memberikan layanan kesehatan langsung, dan meliputi semua tingkatan: pusat, provinsi, kabupaten, masyarakat, dan rumah tangga.

Standar sistem kesehatan *Sphere* diorganisir sesuai kerangka sistem kesehatan WHO, meliputi 6 faktor, yaitu kepemimpinan, sumber daya manusia, pasokan obat-obatan dan alat kesehatan, pendanaan kesehatan, pengelolaan informasi kesehatan, dan penyampaian layanan. Ada banyak keterkaitan dan interaksi antar fungsi-fungsi ini. Suatu tindakan dapat berakibat pada bagian lainnya. Sistem kesehatan ini dibutuhkan untuk menyampaikan layanan kesehatan dasar. Intervensi kesehatan pada saat tanggap darurat harus dirancang dan dilaksanakan untuk menguatkan sistem kesehatan yang ada.

Standar sistem kesehatan 1: Penyampaian Layanan Kesehatan

Orang mempunyai akses setara pada layanan kesehatan yang tepat, aman, dan bermutu yang terstandarisasi dan mengikuti protokol dan panduan yang tersedia.

Aksi kunci (dibaca bersama Catatan Panduan)

- Memberi layanan kesehatan pada tingkat layanan kesehatan yang tepat. Tingkat layanan termasuk tingkat rumah tangga, komunitas, klinik, pos kesehatan, pusat kesehatan, dan rumah sakit (lihat Catatan Panduan 1).
- Melakukan adaptasi atau membuat protokol penanganan kasus yang terstandarisasi untuk penyakit-penyakit yang paling sering, menimbang standar dan panduan nasional (lihat Catatan Panduan 2).
- Membangun atau menguatkan sistem rujukan terstandarisasi dan menjamin agar semua lembaga menggunakannya (lihat Catatan Panduan 1).
- Membangun atau menguatkan sistem triase pada semua fasilitas kesehatan untuk menjamin agar semua orang dengan tanda-tanda kedaruratan mendapatkan penanganan segera.



- Memulai pendidikan dan penyuluhan kesehatan di tingkat komunitas dan pusat kesehatan (lihat Catatan Panduan 3).
- Mengembangkan dan mengikuti panduan penggunaan pasokan dan produk darah yang aman dan rasional (lihat Catatan Panduan 5).
- Memastikan layanan laboratorium tersedia dan digunakan sesuai indikasi (lihat Catatan Panduan 6).
- Menghindari pembangunan layanan kesehatan alternatif atau paralel, termasuk klinik keliling dan rumah sakit lapangan (Catatan Panduan 7–8).
- Merancang layanan kesehatan yang memastikan hak pribadi pasien, kerahasiaan dan isi informasi (lihat Catatan Panduan 9).
- Melaksanakan prosedur pengelolaan sampah yang tepat, langkah pengamatan dan metode pengendalian infeksi di sarana kesehatan (lihat Catatan Panduan 10–11, dan Standar pengelolaan sampah padat 1).
- Pemakaman jenazah dengan cara yang bermartabat, tepat secara budaya dan berdasarkan praktik kesehatan masyarakat yang baik (lihat Catatan Panduan 12 dan Standar pengelolaan sampah padat 1).

Indikator kunci (dibaca bersama Catatan Panduan)

- Ada sejumlah sarana kesehatan yang memadai untuk memenuhi kebutuhan kesehatan dasar semua penduduk terkena bencana:
 - Satu unit kesehatan dasar/10.000 orang (unit kesehatan dasar adalah sarana pelayanan kesehatan dasar yang memberi layanan kesehatan dasar umum)
 - Satu pusat kesehatan/50.000 orang
 - Satu rumah sakit kabupaten/250.000 orang
 - > 10 tempat tidur pasien rawat inap dan ibu/10.000 orang (lihat Catatan Panduan 1).
- Tingkat penggunaan sarana kesehatan 2–4 konsultasi baru/orang/tahun di antara penduduk terkena bencana dan > 1 konsultasi baru/orang/tahun pada penduduk perdesaan dan tercerai berai (lihat Catatan Panduan 4 dan Lampiran 3: Rumus menghitung indikator kesehatan kunci).

Catatan Panduan

1. **Tingkat layanan:** sarana kesehatan dikategorisasi tingkat layanannya berdasarkan ukuran dan layanan yang diberikan. Jumlah dan lokasi sarana kesehatan yang dibutuhkan beragam sesuai dengan konteksnya.

Sistem kesehatan harus juga mengembangkan suatu perawatan yang berkelanjutan. Cara ini dapat dicapai dengan mengembangkan suatu sistem rujukan yang efektif, terutama untuk intervensi penyelamatan hidup. Sistem rujukan ini harus berfungsi 24 jam sehari, 7 hari dalam seminggu.

2. **Standar dan panduan nasional:** secara umum lembaga-lembaga harus mengikuti standar dan panduan negara tempat tanggap darurat dilaksanakan, termasuk protokol pengobatan dan daftar obat-obatan utama. Bila standar dan panduan ini sudah kuno atau tidak berdasarkan praktik berbasis bukti, maka standar internasional harus digunakan

- sebagai rujukan dan lembaga yang memimpin dalam sektor kesehatan harus mendukung kementerian kesehatan untuk membarui standar dan panduan ini.
3. **Promosi kesehatan:** suatu program aktif promosi kesehatan komunitas harus dimulai dengan berkonsultasi dengan pihak berwenang kesehatan setempat dan wakil-wakil komunitas, dan memastikan keterwakilan perempuan dan laki-laki yang seimbang. Program harus memberikan informasi mengenai masalah utama dalam kesehatan, risiko kesehatan, ketersediaan layanan kesehatan dan perilaku kesehatan yang melindungi dan mempromosikan kesehatan yang baik, menangani serta melarang praktik-praktik yang berbahaya. Pesan-pesan dan bahan-bahan kesehatan masyarakat harus menggunakan bahasa dan media yang tepat, peka budaya dan mudah dimengerti. Sekolah dan tempat yang ramah anak adalah tempat yang penting untuk menyebarkan informasi dan menjangkau anak dan orang tua (lihat INEE Standar Inti untuk Pendidikan – Standar akses dan lingkungan belajar 3).
 4. **Tingkat penggunaan layanan kesehatan:** tidak ada ambang minimal penggunaan layanan kesehatan, karena ini akan beragam dari suatu tempat ke tempat yang lain. Di penduduk perdesaan yang stabil dan penduduk yang bercerai berai, tingkat penggunaan sekurang-kurangnya 1 konsultasi baru/orang/tahun. Pada penduduk terkena bencana, rata-rata 2–4 konsultasi baru/orang/tahun dapat diharapkan. Jika tingkat ini lebih rendah daripada yang diharapkan, ini menggambarkan akses yang kurang memadai terhadap pelayanan kesehatan. Jika tingkat ini lebih tinggi, mungkin menyarankan penggunaan berlebihan berkaitan dengan masalah kesehatan masyarakat atau prakiraan lebih rendah mengenai jumlah penduduk. Dalam menganalisis tingkat penggunaan, pertimbangan seharusnya diberikan pada penggunaan berdasarkan jenis kelamin, usia, suku, dan kebutuhan khusus (kecacatan) (lihat Lampiran 3: Rumus perhitungan indikator kesehatan utama).
 5. **Transfusi darah yang aman:** upaya perlu dikoordinasikan dengan layanan transfusi darah nasional¹, jika ada. Pengumpulan darah harus dilakukan secara sukarela oleh penyandang dana tanpa dibayar. Praktik laboratorium yang baik harus dibangun, termasuk penyingkiran infeksi menular, penggolongan darah, pengujian kecocokan, produksi komponen darah, penyimpanan dan transportasi darah. Transfusi darah yang tidak perlu dapat dikurangi melalui penggunaan darah yang tepat guna, apabila memungkinkan, termasuk transfusi bahan alternatif (kristaloid dan koloid). Pekerja klinik yang cocok harus dilatih untuk memastikan pemberian darah yang aman dan penggunaan klinisnya yang tepat.
 6. **Layanan laboratorium:** penyakit menular yang paling umum dapat didiagnosis secara klinis (misalnya diare, infeksi saluran napas akut) atau dengan bantuan tes diagnostik cepat atau pemeriksaan mikroskop

¹Layanan transfusi darah di Indonesia dilakukan oleh Divisi Transfusi Darah Palang Merah Indonesia (catatan penerjemah)



(misalnya malaria). Pengujian laboratorium paling berguna untuk memastikan penyebab dugaan kejadian luar biasa, memeriksa biakan dan kepekaan antibiotik untuk membantu pengambilan keputusan tata laksana kasus (misalnya disentri) dan memilih tindakan bila ada kepentingan melakukan imunisasi umum (misalnya meningitis meningokokus). Untuk penyakit tidak menular tertentu, misalnya diabetes, pengujian laboratorium penting untuk diagnosis dan pengobatan.

7. **Klinik keliling:** pada beberapa bencana, mungkin penting mengoperasikan klinik keliling untuk memenuhi kebutuhan penduduk yang terpencil atau berpindah yang mempunyai akses terbatas pada layanan kesehatan. Klinik keliling juga terbukti penting dalam meningkatkan akses terhadap pengobatan pada kejadian luar biasa, terutama bila diperkirakan ada kasus dalam jumlah, misalnya kejadian luar biasa malaria. Klinik keliling dapat diperkenalkan setelah melalui konsultasi dengan lembaga yang memimpin sektor kesehatan dan pihak berwenang setempat (lihat Standar sistem kesehatan 6).
8. **Rumah sakit lapangan:** kadang-kadang, rumah sakit lapangan adalah satu-satunya cara untuk memberikan layanan kesehatan bila rumah sakit-rumah sakit yang ada rusak berat atau hancur. Meskipun demikian, selalu lebih tepat memberikan dukungan sumber daya pada rumah sakit yang ada, agar mereka dapat langsung bekerja lagi atau menangani beban berlebihan. Mungkin tepat mengirim rumah sakit lapangan untuk pengobatan awal cedera (48 jam pertama), pelayanan lanjutan cedera, operasi rutin dan kedaruratan persalinan (hari ke3–15) atau sebagai fasilitas sementara untuk mengganti rumah sakit setempat yang rusak sampai dibangun kembali. Karena rumah sakit lapangan sangat kelihatan, maka sering ada tekanan politik pemerintah penyandang dana untuk mengirimkannya. Meskipun demikian, keputusan mengirim rumah lapangan penting berdasarkan semata-mata karena kebutuhan dan nilai tambah.
9. **Hak-hak pasien:** sarana dan layanan kesehatan harus dirancang agar menjamin pribadi dan kerahasiaan pasien. Isi informasi harus diminta dari pasien (atau walinya bila mereka tidak kompeten) sebelum tindakan medis atau bedah. Pekerja kesehatan harus memahami bahwa pasien mempunyai hak untuk mengetahui setiap tindakan yang dilakukan, demikian pula keuntungan, potensi risiko, dan waktu yang dibutuhkan untuk proses pengobatan.
10. **Pengendalian infeksi dalam lingkungan pelayanan kesehatan dan keamanan pasien:** pada setiap tanggap darurat yang tepat, program pencegahan dan pengendalian infeksi berkelanjutan harus ditegakkan di tingkat nasional dan pelosok, dan juga pada beragam sarana kesehatan. Program pencegahan dan pengendalian infeksi pada suatu sarana kesehatan harus meliputi:

- Kebijakan program pencegahan dan pengendalian infeksi yang jelas (misalnya upaya pengendalian infeksi rutin dan tambahan untuk menangani kemungkinan ancaman);
- Pekerja teknis yang berkualifikasi, berdedikasi (tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi) untuk menjalankan program pengendalian infeksi dengan lingkup kerja, fungsi dan tanggung jawab yang jelas;
- Sistem pengawasan peringatan dini untuk mendeteksi kejadian luar biasa penyakit menular;
- Anggaran yang jelas untuk kegiatan-kegiatan (misalnya pelatihan pekerja) dan pasokan untuk tanggap darurat;
- Menegakkan standar pencegahan dan tambahan pencegahan khusus yang jelas untuk penyakit wabah;
- Pengendalian administratif (misalnya kebijakan isolasi) dan pengendalian lingkungan dan pembangunan (misalnya meningkatkan ventilasi lingkungan);
- Menggunakan alat perlindungan untuk perorangan;
- Praktik pencegahan dan pengendalian infeksi dipantau dan rekomendasi diulas secara teratur.

11. **Sampah dari proses layanan kesehatan:** sampah berbahaya yang dihasilkan oleh sarana pelayanan kesehatan dapat dipisahkan menjadi sampah terinfeksi tidak tajam, sampah biasa tidak terinfeksi dan tajam. Tata laksana sampah sarana kesehatan yang buruk berpotensi menularkan virus atau penyakit atau infeksi seperti HIV, hepatitis B dan C pada pekerja kesehatan, petugas kebersihan, petugas sampah, pasien dan orang lain di komunitas tersebut. Pemisahan sampah yang tepat harus dilaksanakan untuk mengurangi risiko infeksi. Petugas yang ditugaskan untuk mengelola sampah sarana kesehatan harus dilatih secara memadai dan harus menggunakan perlengkapan perlindungan (sarung tangan dan sepatu bot adalah persyaratan minimum). Pengelolaan harus disesuaikan dengan jenis sampah, misalnya sampah terinfeksi tidak tajam dan tajam harus dibuang di lubang terlindung atau dibakar.

12. **Penanganan jenazah:** bila bencana mengakibatkan banyak kematian, tata laksana penanganan jenazah dalam jumlah besar akan dibutuhkan. Pemakaman massal sering dilakukan berdasarkan kepercayaan yang keliru bahwa jenazah akan menimbulkan risiko kesehatan jika tidak segera dimakamkan atau dibakar. Hanya dalam sedikit kasus khusus (misalnya kematian yang disebabkan oleh kolera atau demam berdarah) yang membuat manusia terpapar pada risiko kesehatan dan butuh pencegahan khusus. Jenazah tidak boleh dibuang tanpa upacara dalam kuburan massal. Semua orang harus mempunyai peluang untuk mengenali anggota keluarganya dan melakukan upacara pemakaman yang pantas sesuai budaya. Pemakaman massal dapat menjadi suatu penghambat



untuk mendapatkan sertifikat kematian yang diperlukan untuk mengurus tuntutan hukum. Bila mereka yang dimakamkan adalah korban kekerasan, isu forensik harus dipertimbangkan (lihat Standar hunian dan permukiman 2, Catatan Panduan 3).

Standar Sistem kesehatan 2: Sumber Daya Manusia

Layanan kesehatan diberikan oleh angkatan kerja yang terlatih dan kompeten dan mempunyai gabungan pengetahuan dan keterampilan yang memenuhi kebutuhan kesehatan penduduk.

Aksi kunci (dibaca bersama Catatan Panduan)

- Mengulas tingkat kepegawaian dan kemampuan sebagai suatu komponen dasar pengkajian data dasar kesehatan.
- Menangani ketidakseimbangan jumlah pekerja, gabungan keterampilan dan gender dan/atau perbandingan etnis bila memungkinkan (lihat Catatan Panduan 1).
- Mendukung tenaga kesehatan setempat dan melakukan kerja sama sepenuhnya dalam layanan kesehatan dengan menimbang keahlian yang tersedia (lihat Catatan Panduan 1).
- Memastikan petugas pelengkap yang memadai untuk mendukung fungsi setiap sarana kesehatan.
- Melatih pekerja klinik untuk menggunakan protokol dan panduan klinis (lihat Catatan Panduan 2).
- Memberi dukungan pengawasan dan memberikan masukan kepada pekerja secara teratur untuk memastikan pemenuhan standar dan panduan.
- Membakukan program pelatihan dan membuat prioritas sesuai kebutuhan kesehatan utama dan kesenjangan kompetensi.
- Memastikan imbal jasa yang adil dan dapat diandalkan untuk semua pekerja kesehatan, disepakati oleh semua lembaga dan bekerja sama dengan pihak berwenang bidang kesehatan di tingkat nasional.
- Memastikan lingkungan kerja yang aman, termasuk kebersihan dasar dan perlindungan semua pekerja kesehatan.

Indikator kunci (dibaca bersama Catatan Panduan)

- Ada sekurang-kurangnya 22 pekerja kesehatan yang berkualifikasi (dokter, perawat, dan bidan)/10.000 penduduk (lihat Catatan Panduan 1):
 - Sekurang-kurangnya satu dokter/50.000 penduduk
 - Sekurang-kurangnya satu perawat berkualifikasi/10.000 penduduk
 - Sekurang-kurangnya satu bidan/10.000 penduduk.
- Ada sekurang-kurangnya satu pekerja kesehatan komunitas/1.000 penduduk, satu supervisor/10 kunjungan rumah dan satu supervisor senior.
- Tenaga klinis tidak melayani lebih 50 pasien per hari secara konsisten. Bila

ambang ini dilampaui terus, maka tambahan pekerja klinis harus direkrut (lihat Catatan Panduan 1 dan Lampiran 3: Rumus perhitungan indikator kesehatan utama).

Catatan Panduan

1. **Tingkat kepegawaian:** angkatan kerja kesehatan termasuk dokter, perawat, bidan, petugas klinik atau asisten dokter, petugas laboratorium, ahli farmasi, pekerja kesehatan komunitas, dll., juga pekerja pengelolaan dan pekerja pendukung. Belum ada konsensus mengenai suatu tingkat optimal pekerja kesehatan untuk satu penduduk dan hal ini beragam dari satu situasi ke situasi lainnya. Meskipun demikian, ada hubungan antara ketersediaan pekerja kesehatan dan cakupan intervensi kesehatan. Sebagai contoh, kehadiran seorang pekerja kesehatan perempuan atau seorang wakil kelompok etnis pinggiran dapat meningkatkan akses perempuan atau kelompok minoritas pada layanan kesehatan. Ketidakseimbangan dalam kepegawaian harus ditangani melalui pengiriman dan/atau rekrutmen pekerja kesehatan di wilayah yang mengalami kesenjangan kritis berkaitan dengan kebutuhan kesehatan (lihat Standar Inti 6).
2. **Pelatihan dan pengawasan pekerja:** pekerja kesehatan harus mempunyai pelatihan yang tepat, dukungan keterampilan dan supervisi pada tingkat tanggung jawabnya. Lembaga berwenang wajib melatih dan melakukan pengawasan pekerja untuk memastikan pengetahuan mereka mutakhir. Pelatihan dan pengawasan akan menjadi prioritas utama bila pekerja tidak mendapatkan pendidikan yang berkelanjutan atau bila suatu protokol baru diperkenalkan. Sejauh mungkin, program pelatihan harus dibakukan dan diprioritaskan untuk menanggapi kebutuhan kesehatan utama dan kesenjangan keahlian yang telah diidentifikasi melalui proses pengawasan. Catatan harus mencakup siapa yang sudah dilatih apa, oleh siapa, kapan, dan di mana. Harus ada saling berbagi informasi dengan bagian sumber daya manusia pihak berwenang kesehatan setempat (lihat Standar Inti 6).

Standar Sistem kesehatan 3: Pasokan Obat dan Alat Kesehatan

Orang mempunyai akses pada pasokan obat utama dan alat kesehatan.

Aksi kunci (dibaca bersama Catatan Panduan)

- Mengulas daftar obat-obat utama negara terkena bencana pada awal tanggap darurat untuk menentukan ketepatannya (lihat Catatan Panduan 1).
- Mengadakan dan menetapkan daftar obat dasar dan peralatan kesehatan baku yang cocok dengan kebutuhan kesehatan dan tingkat keahlian pekerja kesehatan (lihat Catatan Panduan 1–2).



- Mengadakan atau melakukan adaptasi sistem pengelolaan obat yang tepat (lihat Catatan Panduan 3).
- Memastikan obat-obatan utama untuk pengobatan penyakit umum tersedia.
- Menerima bantuan obat hanya jika mereka mengikuti panduan internasional yang dikenal. Tidak menggunakan bantuan obat yang tidak mengikuti panduan ini dan memusnahkan obat tersebut secara aman.

Indikator kunci (dibaca bersama Catatan Panduan)

- Tidak ada sarana kesehatan yang tidak memiliki obat-obatan utama dan menelusurinya lebih dari seminggu (lihat Catatan Panduan 4).

Catatan Panduan

1. **Daftar obat-obatan utama:** kebanyakan negara mempunyai suatu daftar obat utama. Dokumen ini harus diulas bila perlu dalam konsultasi dengan pihak berwenang bidang kesehatan pada awal tanggap darurat untuk menimbang ketepatannya. Kadang-kadang penyesuaian daftar obat dasar perlu dilakukan, misalnya bila ada bukti resistensi terhadap antimikroba yang direkomendasikan. Jika daftar obat terbaru belum ada, panduan WHO harus diikuti, misalnya Daftar Obat Utama WHO. Penggunaan kit/paket baku yang sudah disiapkan sebelumnya harus dibatasi hanya pada awal suatu bencana.
2. **Peralatan kesehatan:** perlu diperhatikan ketika membuat daftar alat kesehatan yang diperlukan pada tingkat pelayanan kesehatan yang berbeda. Ini harus dikaitkan dengan keahlian pekerja yang dibutuhkan.
3. **Pengelolaan obat:** lembaga kesehatan harus membangun suatu sistem pengelolaan obat yang tepat. Sasaran sistem ini adalah memastikan daya guna (efisiensi), perhitungan biaya dan penggunaan rasional obat yang bermutu, penyimpanan dan pembuangan obat-obat kedaluwarsa dengan benar. Sistem ini harus berdasarkan empat elemen kunci siklus pengelolaan obat: pemilihan, penyediaan, penyaluran, dan penggunaan.
4. **Produk penanda:** ini termasuk suatu daftar obat utama utama yang dipilih untuk secara teratur melakukan evaluasi fungsi sistem pengelolaan obat. Barang ini dipilih sebagai produk penanda yang harus sesuai dengan prioritas kesehatan masyarakat setempat dan harus dapat diperoleh setiap waktu di sarana kesehatan, misalnya amoksilin dan parasetamol.

Standar sistem kesehatan 4: Pendanaan Kesehatan

Orang mempunyai akses layanan kesehatan gratis pada saat bencana.

Aksi kunci (dibaca bersama Catatan Panduan)

- Melakukan identifikasi dan menggalang sumber dana untuk memberikan layanan kesehatan gratis pada penduduk yang terkena bencana selama bencana (lihat Catatan Panduan 1).

- Bila ongkos pengguna ditagihkan melalui sistem pemerintah, perlu diatur penghapusannya atau penundaan sementara pada saat bencana (lihat Catatan Panduan 2).
- Memberi dukungan keuangan dan teknis pada sistem kesehatan untuk memenuhi kesenjangan keuangan yang tercipta oleh penghapusan dan/atau penundaan tagihan dengan peningkatan permintaan layanan kesehatan (lihat Catatan Panduan 1).

Indikator kunci (dibaca bersama Catatan Panduan)

- Pelayanan kesehatan dasar diberikan secara gratis kepada penduduk terkena bencana pada semua sarana pemerintah dan non-pemerintah selama masa tanggap darurat.

Catatan Panduan

1. **Pendanaan kesehatan:** biaya layanan kesehatan dasar beragam sesuai konteksnya. Suatu konteks termasuk sistem kesehatan yang ada, penduduk terkena bencana, dan kebutuhan kesehatan khusus ditentukan oleh jenis bencana. Menurut Komisi WHO mengenai Makroekonomi dan Kesehatan, pelayanan suatu paket minimum layanan kesehatan dasar akan membutuhkan biaya sekurang-kurangnya US\$ 40/orang/tahun di negara berpendapatan rendah (data 2008). Memberi layanan kesehatan pada situasi bencana lebih mahal daripada saat situasi stabil.
2. **Biaya pengguna** merujuk pada pembayaran langsung oleh penerima bantuan di tempat layanan. Biaya pengguna menghalangi akses ke pelayanan kesehatan dan mengakibatkan orang miskin dan rentan tidak mencari pelayanan kesehatan yang tepat bila dibutuhkan. Suatu prinsip kemanusiaan dasar bahwa layanan dan barang diberikan oleh lembaga bantuan harus gratis. Dalam konteks di mana hal ini tidak memungkinkan, memberi uang kontan dan/atau memberikan akses pada layanan kesehatan penduduk terkena bencana dapat dipertimbangkan (lihat Standar ketahanan pangan – Pemberian Uang Tunai dan Kupon Bantuan 1). Penghapusan biaya pengguna layanan kesehatan harus disertai kegiatan lain untuk mendukung sistem kesehatan sebagai kompensasi atas pendapatan yang hilang dan meningkatkan penggunaan (misalnya membayar insentif pekerja kesehatan, memberi pasokan obat tambahan). Ketersediaan dan mutu layanan harus dipantau setelah penghapusan biaya pengguna layanan kesehatan.

Standar sistem kesehatan 5: Pengelolaan Informasi Kesehatan

Rancangan dan pelayanan kesehatan berdasarkan pengumpulan, analisis, interpretasi, dan penggunaan data kesehatan masyarakat yang sesuai.



Aksi kunci (dibaca bersama Catatan Panduan)

- Menentukan penggunaan sistem informasi kesehatan yang ada, adaptasi atau menggunakan sistem informasi kesehatan alternatif (lihat Catatan Panduan 1).
- Bila sesuai, lakukan pengkajian dan survei untuk mengumpulkan informasi yang tidak tersedia dari sistem informasi kesehatan yang kritis untuk menentukan prioritas layanan kesehatan (lihat Catatan Panduan 2).
- Mengembangkan dan/atau menggunakan definisi kasus standar untuk semua penyakit dan kondisi kesehatan yang terstandarisasi dan memastikan penggunaannya oleh semua lembaga.
- Merancang sistem pengawasan dan peringatan dini untuk mendeteksi kejadian luar biasa sebagai suatu komponen sistem informasi kesehatan dan membangun berdasarkan sistem informasi kesehatan yang ada apabila memungkinkan (lihat Layanan Kesehatan Dasar – Pengendalian Penyakit Menular Standar 3 dan Lampiran 2: Contoh formulir laporan pengawasan mingguan).
- Mengidentifikasi dan melaporkan penyakit dan kondisi kesehatan prioritas melalui sistem informasi kesehatan.
- Semua lembaga tanggap darurat menyepakati penggunaan suatu data umum, misalnya penduduk (lihat Catatan Panduan 3).
- Sarana kesehatan dan lembaga menyerahkan data pengawasan dan sistem informasi kesehatan kepada lembaga yang pemimpin sektor kesehatan secara teratur. Frekuensi laporan ini beragam sesuai konteks dan jenis data, misalnya harian, mingguan, bulanan.
- Menggunakan data tambahan secara konsisten dari sumber lain, misalnya survei, interpretasi data pengawasan dan memandu pengambil keputusan (lihat Catatan Panduan 2).
- Melakukan pencegahan memadai untuk melindungi data untuk menjamin hak dan keamanan perorangan dan atau penduduk (lihat Catatan Panduan 4).

Indikator kunci (dibaca bersama Catatan Panduan)

- Semua sarana dan lembaga kesehatan secara teratur memberikan laporan sistem informasi kesehatan dalam 48 jam pada akhir masa pelaporan kepada lembaga rujukan.
- Semua sarana dan lembaga kesehatan melaporkan kasus penyakit rawan wabah dalam jangka 24 jam setelah kejadian penyakit (lihat Layanan Kesehatan Dasar – Pengendalian Penyakit Menular Standar 3).
- Lembaga rujukan mengeluarkan suatu laporan informasi kesehatan secara teratur, termasuk analisis dan interpretasi data epidemiologis, juga laporan cakupan dan penggunaan layanan kesehatan.

Catatan Panduan

1. **Sistem informasi kesehatan:** bila memungkinkan, suatu sistem pengawasan harus dibangun berdasarkan sistem informasi kesehatan yang ada. Pada beberapa bencana, suatu sistem kesehatan yang baru atau paralel mungkin dibutuhkan. Ini ditentukan berdasarkan hasil kajian kinerja dan memadainya sistem informasi kesehatan yang ada dan kebutuhan informasi pada saat tanggap darurat. Selama masa tanggap darurat, data kesehatan harus meliputi, dengan tidak terbatas pada hal-hal berikut ini:
 - Kematian dicatat oleh sarana kesehatan termasuk kematian balita
 - Kematian proporsional
 - Kematian dengan penyebab khusus
 - Tingkat insiden penyakit-penyakit yang paling banyak
 - Kesakitan proporsional
 - Tingkat penggunaan sarana kesehatan
 - Jumlah konsultasi/tenaga klinis/hari.

2. **Sumber data:** interpretasi dan penggunaan data sarana kesehatan perlu menimbang sumber informasi dan keterbatasannya. Penggunaan data tambahan untuk pengambilan keputusan penting dalam suatu sistem informasi kesehatan yang komprehensif, misalnya memperkirakan prevalensi penyakit atau informasi perilaku pencari layanan kesehatan. Sumber lain data dapat meningkatkan analisis misalnya survei berbasis penduduk, laporan laboratorium dan pengukuran mutu layanan. Survei dan kajian harus mengikuti kriteria mutu internasional dan menggunakan perangkat dan protokol baku, dan bilamana memungkinkan ada proses ulasan untuk kelompok sebaya (*peer review*).

3. **Pemilahan data:** data sedapat mungkin harus praktis untuk memandu pengambil keputusan dan harus dipilah berdasarkan jenis kelamin, umur, kerentanan khusus perorangan, penduduk yang terkena, penduduk setempat, dan konteks setempat (misalnya situasi kamp dan non-kamp). Pemilahan data yang terperinci mungkin sulit pada saat awal tanggap darurat. Meskipun demikian, angka kematian dan kesakitan sekurang-kurangnya dapat dipisahkan untuk anak balita. Bila waktu dan kondisi memungkinkan, pemilahan data lebih terperinci harus dilakukan untuk membantu proses deteksi ketidaksetaraan dan kerentanan orang per orang (lihat Standar Inti 3).

4. **Kerahasiaan:** pencegahan yang memadai harus dilakukan untuk melindungi keamanan perorangan, dan datanya. Petugas tidak boleh membagikan informasi tentang pasien kepada siapapun yang tidak langsung terlibat dalam pelayanan pasien tanpa izin pasien yang bersangkutan. Pertimbangan khusus diberikan pada orang-orang dengan



kerusakan intelektual, mental dan indrawi, persetujuan tindakan mungkin diberikan oleh sanak keluarga yang bersangkutan. Data yang berkaitan dengan cedera yang disebabkan oleh penyiksaan atau pelanggaran hak asasi manusia termasuk penyerangan seksual harus ditangani dengan pelayanan terbaik. Pertimbangan dapat diberikan untuk menyampaikan informasi ini pada pelaku atau lembaga yang tepat jika yang bersangkutan memberikan persetujuan (lihat Standar sistem kesehatan 1 dan Prinsip Perlindungan 1, Catatan Panduan 7–12).

Lihat Lampiran 2 untuk contoh formulir laporan kematian, kesakitan. Lihat Lampiran 3 untuk rumus perhitungan indikator kesehatan utama.

Standar sistem kesehatan 6: Kepemimpinan dan Koordinasi

Orang mempunyai akses layanan kesehatan yang terkoordinasi antar lembaga dan sektor untuk mencapai dampak tindakan umum.

Aksi kunci (dibaca bersama Catatan Panduan)

- Bila memungkinkan, harus dipastikan wakil kementerian kesehatan memimpin atau setidaknya terlibat langsung dalam koordinasi sektor kesehatan.
- Bila kementerian kesehatan tidak mempunyai kemampuan yang dipercaya atau keinginan untuk memimpin tanggap darurat, suatu lembaga alternatif dengan kemampuan tertentu harus diidentifikasi untuk memimpin koordinasi sektor kesehatan (lihat Catatan Panduan 1–2).
- Pertemuan koordinasi kesehatan diadakan secara teratur untuk mitra setempat dan luar di tingkat nasional, provinsi, dan lapangan dalam sektor kesehatan, dan antara sektor kesehatan dan sektor lainnya serta kelompok dengan lintas isu yang tepat (lihat Catatan Panduan 3 dan Standar Inti 2).
- Klarifikasi dan rekam tanggung jawab dan kemampuan khusus setiap lembaga kesehatan untuk memastikan cakupan penduduk yang memadai (lihat Catatan Panduan 1).
- Kelompok kerja dibentuk dalam mekanisme koordinasi kesehatan bilamana suatu situasi khusus membutuhkannya (misalnya kesiapsiagaan kejadian luar biasa dan tanggap darurat, kesehatan reproduksi).
- Menerbitkan dan menyebarkan buletin sektor kesehatan terbaru.

Indikator kunci (dibaca bersama Catatan Panduan)

- Lembaga utama telah mengembangkan suatu dokumen strategi tanggap darurat sektor kesehatan yang memprioritaskan intervensi dan mendefinisikan peran lembaga utama dan mitra-mitra pada saat saat tanggap darurat (lihat Catatan Panduan 2)

Catatan Panduan

1. **Lembaga kesehatan utama:** kementerian kesehatan seharusnya menjadi lembaga kesehatan utama dan bertanggung jawab memimpin respon sektor kesehatan. Pada beberapa situasi kementerian kesehatan tidak mempunyai kemampuan atau keinginan untuk mengambil peran pemimpin yang efektif dan tidak berat sebelah. Dalam situasi ini, WHO sebagai lembaga utama untuk kluster kesehatan global, akan secara umum mengambil tanggung jawab ini. Bila kementerian kesehatan dan WHO tidak mempunyai kemampuan, lembaga lain boleh diminta mengkoordinasikan kegiatan. Lembaga kesehatan utama harus memastikan agar lembaga kesehatan yang terlibat dalam tanggap darurat berkoordinasi dengan pihak kesehatan setempat yang berwenang dan mereka mendukung kemampuan sistem kesehatan setempat (lihat Standar Inti 2).
2. **Strategi sektor kesehatan:** suatu tanggung jawab penting lembaga kesehatan utama adalah mengembangkan strategi umum tanggap darurat dalam sektor kesehatan. Idealnya, suatu dokumen harus memberikan prioritas sektor kesehatan, sasaran dan kerangka strategi untuk mencapainya. Dokumen ini harus dikembangkan setelah berkonsultasi dengan lembaga-lembaga dan perwakilan komunitas yang sesuai untuk memastikan suatu proses seterbuka mungkin.
3. **Pertemuan koordinasi** harus berorientasi pada tindakan dan menyediakan suatu forum tempat informasi dapat disebar, prioritas diidentifikasi dan dipantau, strategi kesehatan umum dikembangkan dan diadaptasi, tugas khusus dialokasikan dan menyepakati protokol dan intervensi baku. Bila memungkinkan, harus dipastikan agar semua mitra kesehatan menggunakan data-data umum dan data sesuai lainnya, perangkat, panduan dan standar. Pertemuan harus dibuat sesering mungkin pada awal tanggap darurat.



2. Layanan kesehatan dasar

Layanan kesehatan dasar adalah layanan kesehatan pencegahan dan kuratif yang tepat memenuhi kebutuhan kesehatan penduduk yang terkena bencana. Ini termasuk intervensi yang sangat tepat mencegah dan mengurangi kesakitan dan kematian yang berlebihan akibat penyakit menular dan tidak menular, konsekuensi peristiwa konflik dan korban massal. Selama bencana, tingkat kematian dapat menjadi sangat tinggi dan identifikasi penyebab utama kesakitan dan kematian penting untuk merancang layanan kesehatan dasar yang tepat. Bagian bab kesehatan ini membuat kategori standar layanan kesehatan utama dalam enam bagian: pengendalian penyakit menular; kesehatan anak; kesehatan seksual dan reproduksi; cedera; kesehatan jiwa; dan penyakit tidak menular.

Standar Layanan Kesehatan Dasar 1: memprioritaskan layanan kesehatan

Orang mempunyai akses pada layanan kesehatan yang diprioritaskan untuk menangani penyebab utama kematian dan kesakitan yang berlebihan.

Aksi kunci (dibaca bersama Catatan Panduan)

- Mengumpulkan dan melakukan analisis data masalah dan risiko kesehatan dengan tujuan menyoroti penyebab utama kematian dan kesakitan berlebihan berkoordinasi dengan pihak berwenang dalam kesehatan setempat (lihat Standar Inti 3).
- Melakukan identifikasi orang yang rentan (misalnya perempuan, anak, lanjut usia, orang berkebutuhan khusus, dan lain-lain) yang mungkin berisiko (lihat Prinsip Perlindungan 2).
- Membuat prioritas dan melaksanakan pelayanan kesehatan yang tepat, dapat dilaksanakan dan tepat untuk mengurangi kesakitan dan kematian, berkoordinasi dengan pihak berwenang sektor kesehatan setempat (lihat Catatan Panduan 1).
- Mengidentifikasi hambatan akses ke layanan kesehatan prioritas dan memberi pemecahan penanganan praktis (lihat Catatan Panduan 2).
- Melaksanakan layanan kesehatan dasar dengan berkoordinasi dengan sektor lain dan/atau kluster dan tema lintas sektor (lihat Standar Inti 2).

Indikator kunci (dibaca bersama Catatan Panduan)

- Angka kematian kasar dipertahankan atau dikurangi, kurang dari dua kali tingkat data dasar yang terdokumentasi sebelum bencana (lihat Catatan Panduan 3).
- Tingkat kematian balita dipertahankan atau kurang dari dua kali tingkat kematian data dasar sebelum terjadi bencana (lihat Catatan Panduan 3).

Catatan Panduan

1. **Layanan kesehatan prioritas** area layanan kesehatan dasar yang secara tepat menangani penyebab utama kematian dan kesakitan yang berlebihan. Hal ini beragam tergantung konteks, termasuk jenis bencana dan dampaknya. Sejauh mungkin prioritas layanan kesehatan harus berdasarkan prinsip-prinsip praktik berdasarkan bukti, dan mempunyai keuntungan kesehatan masyarakat yang dapat dilihat. Bila tingkat kematian turun mendekati tingkat data dasar, suatu layanan kesehatan terpadu dapat dikenalkan setelah itu (lihat Standar Inti 4).
2. **Akses pada layanan kesehatan** harus berdasarkan prinsip keadilan dan imparisialitas yang menjamin akses yang sama sesuai kebutuhan tanpa diskriminasi. Dalam praktik, lokasi dan penempatan petugas layanan kesehatan harus diorganisir untuk memastikan akses dan cakupan yang optimal. Kebutuhan khusus orang yang rentan harus dipertimbangkan dalam merancang layanan kesehatan. Penghambat akses mungkin fisik, keuangan, perilaku dan/atau budaya, juga penghambat komunikasi. Melakukan identifikasi dan menangani hambatan terhadap akses layanan kesehatan prioritas penting dilakukan (lihat Standar Inti 3 dan Prinsip Perlindungan 2).
3. **Tingkat kematian kasar dan tingkat kematian balita:** tingkat kematian kasar merupakan indikator kesehatan yang paling penting untuk memantau dan melakukan evaluasi gawatnya suatu situasi kedaruratan. Tingkat kematian kasar yang dua kali lipat atau lebih dari data dasar menandakan kedaruratan kesehatan masyarakat, yang membutuhkan tanggapan segera. Bila tingkat data dasar tidak diketahui atau kesahihannya diragukan, lembaga harus mempunyai sasaran untuk mempertahankan tingkat kematian kasar sedikitnya kurang dari 1,0/10.000/hari.

Tingkat kematian balita merupakan indikator yang lebih peka dibandingkan tingkat kematian kasar. Bila tingkat kematian balita dasar tidak diketahui atau kesahihannya diragukan, lembaga harus mempunyai sasaran untuk mempertahankan tingkat kematian balita kurang dari 2,0/10.000/hari (lihat Lampiran 3: Rumus perhitungan indikator kesehatan utama).



Rujukan data kematian regional

Wilayah	Tingkat kematian kasar (kematian/10.000/hari)	Ambang kedaruratan tingkat kematian kasar	Tingkat kematian balita (kematian/10.000/hari)	Ambang kedaruratan tingkat kematian balita
Sub-Saharan Afrika	0,41	0,8	1,07	2,1
Timur Tengah dan Afrika Utara	0,16	0,3	0,27	0,5
Asia Selatan	0,22	0,4	0,46	0,9
Asia Timur dan Pasifik	0,19	0,4	0,15	0,3
Amerika Latin dan Karibia	0,16	0,3	0,15	0,3
Eropa Tengah dan Timur, negara-negara Balkan	0,33	0,7	0,14	0,3
Negara-negara Industri	0,25	0,5	0,03	0,1
Negara-negara sedang berkembang	0,22	0,4	0,44	0,9
Negara-negara yang terbelakang	0,33	0,7	0,82	1,7
Dunia	0,25	0,5	0,40	0,8

Sumber: UNICEF, Status Anak Sedunia 2009 (data 2007).

2.1 Layanan Kesehatan Dasar – Pengendalian Penyakit Menular

Kesakitan dan kematian akibat penyakit menular cenderung meningkat pada saat bencana. Dalam banyak situasi konflik, antara 60% sampai 90% kematian diakibatkan oleh empat infeksi utama, yaitu: infeksi saluran napas atas, diare, campak, dan malaria endemik. Kurang gizi akut memperberat penyakit-penyakit ini khususnya pada anak-anak di bawah usia 5 tahun. Kejadian luar biasa penyakit menular jarang dikaitkan dengan bencana alam yang terjadi mendadak. Bila wabah terjadi, umumnya terkait dengan faktor risiko misalnya perpindahan penduduk, terlalu padat, hunian kurang memadai, air dan sanitasi kurang memadai.

Standar Layanan Kesehatan Dasar –pengendalian penyakit menular 1:

Pencegahan Penyakit Menular

Orang mempunyai akses terhadap informasi dan layanan yang dirancang untuk mencegah penyakit menular yang berkontribusi terhadap kesakitan dan kematian berlebihan.

Aksi kunci (dibaca bersama Catatan Panduan)

- Mengembangkan dan melaksanakan kegiatan pencegahan umum berkoordinasi dengan sektor yang sesuai (lihat Catatan Panduan 1).
- Melaksanakan pengendalian vektor yang tepat terhadap malaria, *dengue* dan penyakit-penyakit yang ditularkan oleh vektor tergantung epidemiologi setempat (lihat Catatan Panduan 2–3).
- Melaksanakan kegiatan pencegahan penyakit khusus, misalnya imunisasi massal terhadap campak bila diperlukan (lihat Standar layanan kesehatan dasar 1 – Kesehatan Anak).

Indikator kunci (dibaca bersama Catatan Panduan)

- Insiden penyakit menular utama sesuai dengan konteks adalah stabil (tidak meningkat).

Catatan Panduan

1. **Kegiatan pencegahan umum:** ini termasuk perencanaan kawasan yang baik, penyediaan air bersih dan sanitasi yang baik, akses terhadap sarana kebersihan, imunisasi penyakit khusus, pasokan makanan yang aman dan memadai, perlindungan pribadi dan pengendalian vektor, pendidikan kesehatan komunitas dan mobilisasi sosial. Kebanyakan intervensi ini harus dikembangkan dalam koordinasi dengan sektor lain, termasuk:



- Hunian – jumlah hunian dan luas antar hunian memadai, ventilasi memadai, terlindung dari serangga dan tempatnya jauh dari air tergenang, dekat dengan sarana air dan sanitasi (lihat Standar hunian dan permukiman 1–3 dan Standar bantuan non-pangan 2).
 - Air, sanitasi, kebersihan – jumlah air bersih dan sarana sanitasi yang memadai dan promosi kebersihan (lihat Standar promosi kebersihan 1–2, Standar pasokan air 1–3, dan Standar pembuangan tinja 1–2).
 - Sanitasi lingkungan dan pengelolaan air bersih dan pengendalian vektor (lihat Catatan Panduan 2–3, Standar hunian dan permukiman 4, Standar pengendalian vektor 1–3, Standar pembuangan sampah padat 1, dan Standar saluran limbah 1).
 - Ketahanan pangan, gizi, dan bantuan pangan – akses terhadap makanan yang cukup dan pengelolaan kurang gizi (lihat Standar pemberian makanan bayi dan anak kecil 1–2, Standar pengelolaan kurang gizi akut 1–3, dan Standar ketahanan pangan 1).
 - Pendidikan kesehatan dan mobilisasi sosial – mengembangkan pesan-pesan untuk memastikan pelaksanaan yang tepat kegiatan-kegiatan pencegahan di atas.
2. **Pencegahan malaria:** melaksanakan metode pencegahan malaria sesuai risiko infeksi, tahap kedaruratan, mobilitas penduduk, jenis tenda, dan perilaku vektor setempat pada wilayah endemis malaria. Kegiatan pengendalian vektor misalnya penyemprotan dalam ruangan dengan insektisida yang tepat dan penyebaran kelambu yang sudah diberi obat insektisida jangka panjang harus dibimbing dengan kajian dan pengalaman entomologis. Agar kegiatan pengendalian komunitas efektif, penyemprotan di dalam ruangan harus mencakup sekurang-kurangnya 80% penduduk. Kelambu memberikan perlindungan perorangan dan merupakan kelambu pilihan. Penyebaran kelambu yang tidak diberi obat sebelumnya tidak dianjurkan (lihat Standar Bantuan non-pangan 2 dan Standar Pengendalian vektor 1–3).

Prioritas penyebaran kelambu yang telah diberi obat pada kelompok berisiko tergantung tahap bencana dan tingkat penyebaran malaria. Pada tahap awal bencana di daerah yang penyebaran malariannya sedang sampai tinggi, prioritas diberikan pada pasien rumah sakit, penderita gizi buruk dan anggota keluarganya, perempuan hamil, dan anak di bawah 2 tahun. Prioritas berikutnya adalah mereka yang mendaftar pada program pemberian makanan tambahan, anak di bawah 5 tahun, dan rumah tangga perempuan hamil dan anak di bawah dua tahun. Akhirnya semua penduduk berisiko akan membutuhkan perlindungan dengan kelambu yang telah diberi obat. Pada awal tahap bencana di daerah penyebaran rendah, kelambu yang telah diberi obat harus digunakan di klinik (misalnya pusat rawat inap untuk pasien yang diberikan makanan tambahan dan rumah sakit-rumah sakit).

3. **Pencegahan dengue:** vektor (larva dan dewasa) dikendalikan sebagai metode utama dalam pengendalian *dengue*. Pengendalian vektor *dengue* harus diarahkan oleh data pengawasan penyebaran kasus manusia dan kepadatan vektor. Tempat perkembangbiakan yang paling proaktif yang beragam dari tempat ke tempat perlu disasar. Di daerah perkotaan, nyamuk *Aedes* berkembang biak di tempat penyimpanan air dan tempat air terkumpul (gelas plastik, ban bekas, botol becah, pot bunga, dan lain-lain). Periode pembersihan dan pemindahan tempat air merupakan cara yang paling tepat untuk mengurangi jumlah tempat berkembang biak. Tempat penyimpanan air di rumah-rumah harus ditutupi selalu dan tempat penyimpanan dibersihkan dan disikat setiap minggu. Penduduk terkena bencana harus diberi tempat penyimpanan air yang baik dengan penutup. Pengobatan tempat penyimpanan air dengan larvasida yang diakui juga merupakan cara memberantas larva yang tepat. Menyemprot insektisida merupakan cara yang tepat untuk mengurangi jumlah nyamuk dewasa. Upaya perlindungan perorangan harus dipromosikan (lihat Standar bantuan non-pangan 2 dan Standar pengendalian vektor 1–3).

Standar Layanan Kesehatan Dasar –pengendalian penyakit menular 2: Diagnosis dan Pengelolaan Kasus Penyakit Menular

Orang mempunyai akses diagnosis dan pengobatan yang tepat terhadap penyakit-penyakit infeksi yang mencegah kesakitan dan kematian yang berlebihan secara bermakna

Aksi Kunci (dibaca bersama Catatan Panduan)

- Mengembangkan pesan-pesan pendidikan kesehatan masyarakat serta memberi dorongan agar orang mencari pengobatan awal untuk demam, batuk, diare, dan lain-lain.
- Pelayanan kesehatan pada semua sarana kesehatan tingkat pertama berdasarkan protokol penanganan kasus, atau penanganan terpadu penyakit anak dan penanganan terpadu penyakit dewasa yang melaksanakan dan merujuk pada pengelolaan kasus-kasus berat (lihat Catatan Panduan 1).
- Melaksanakan pemilahan kasus (triase), diagnosis dan protokol penanganan kasus untuk pengobatan awal kondisi-kondisi seperti pneumonia, malaria, diare, campak, meningitis, kurang gizi, dan dengue dan melatih petugas untuk memahami protokol pengobatan (lihat Catatan Panduan 2–3 dan Standar layanan kesehatan dasar 2 – Kesehatan Anak).
- Mengenalkan program pengendalian tuberkulosis hanya setelah kriteria yang diakui ditemukan (lihat Catatan Panduan 4).



Indikator kunci (dibaca bersama Catatan Panduan)

- Protokol penanganan kasus baku untuk diagnosis dan pengobatan penyakit infeksi umum tersedia dan digunakan secara konsisten (lihat Catatan Panduan 1–3 dan Standar sistem kesehatan 1 – Layanan Kesehatan).

Catatan Panduan

1. **Penanganan terpadu penyakit anak dan penanganan terpadu penyakit orang dewasa:** kematian akibat penyakit menular dapat dikurangi dengan diagnosis dini dan pengobatan yang tepat. Penggunaan panduan atau algoritma diagnosis nasional lainnya penting untuk pemilahan kasus (triase) dan menggolongkan penyakit berdasarkan jenis dan berat dan membantu penanganan kasus yang tepat. Tanda-tanda bahaya adalah indikasi untuk rujukan pada sarana rawat inap. Protokol penanganan kasus baku membantu diagnosis tepat dan penggunaan obat yang rasional (lihat Standar layanan kesehatan dasar 2 – Kesehatan Anak).
2. **Pneumonia:** kunci mengurangi kematian akibat pneumonia adalah memberikan pengobatan segera antibiotik minum misalnya amoksilin, sesuai protokol nasional. Pneumonia berat membutuhkan perawatan rumah sakit dan pengobatan parenteral.
3. **Malaria:** akses pada pengobatan segera dan tepat merupakan kunci keberhasilan pengendalian malaria. Di wilayah endemik malaria, perlu dibuat suatu protokol untuk diagnosis dini (kurang dari 24 jam) demam dan pengobatan tepat dengan obat pilihan pertama. Artemisin adalah pengobatan baku malaria falsiparum. Pilihan obat harus ditentukan berdasarkan konsultasi dengan lembaga kesehatan utama dan program nasional pengendalian malaria. Pertimbangkan mutu obat ketika mencari pasokan. Malaria perlu didiagnosis melalui uji laboratorium (uji kilat laboratorium, mikroskop) sebelum pengobatan dilakukan. Meskipun demikian, pengobatan klinis malaria tidak boleh terlambat jika diagnosis laboratorium tidak tersedia.
4. **Pengendalian tuberkulosis (TB):** program pengendalian tuberkulosis yang dilaksanakan dengan buruk merupakan potensi yang lebih merugikan, tindakan tersebut akan memperpanjang masa infeksi dan menyebarkan penyebaran bakteri resisten multi-obat. Walaupun pengobatan TB untuk pasien perorangan dapat dilakukan, namun suatu program terpadu pengendalian tuberkulosis hanya dapat dilaksanakan bila kriteria-kriteria yang disepakati terpenuhi. Kriteria ini meliputi komitmen dan sumber-sumber lembaga, dipastikan stabilitas penduduk sekurang-kurangnya 12–15 bulan dan suatu program bermutu dapat dilaksanakan. Bila program pengendalian tuberkulosis dilaksanakan, program ini harus diintegrasikan ke dalam program nasional dan diikuti dengan strategi jangka pendek untuk melakukan observasi langsung.

Dalam situasi darurat tahap akut, keputusan semua pengobatan penyakit kronis, termasuk TB, dan kehilangan tindak lanjut pasien merupakan masalah besar. Kerja sama kuat harus dibangun antara pekerja kesehatan darurat dan layanan program nasional TB. Hal ini akan membantu untuk memastikan bahwa orang yang sudah mendapat pengobatan sebelum bencana dapat melanjutkan pengobatannya (lihat Standar layanan kesehatan dasar 1 – Penyakit Tidak Menular).

Standar Layanan Kesehatan Dasar –pengendalian penyakit menular 3: Deteksi dan Respons Kejadian Luar Biasa.

Kejadian luar biasa yang ada, dideteksi, diinvestigasi, dan dikendalikan dengan cara dan waktu yang tepat.

Aksi kunci (dibaca bersama Catatan Panduan)

Deteksi

- Mengembangkan suatu sistem informasi peringatan dini dan pengawasan penyakit dan sistem respons berdasarkan suatu pengkajian risiko terpadu penyakit menular, sebagai bagian dari sistem informasi kesehatan yang lebih luas (lihat Catatan Panduan 1 dan Standar sistem kesehatan 5).
- Melatih pekerja layanan kesehatan dan pekerja kesehatan komunitas untuk melakukan deteksi dini dan melaporkan potensi kejadian luar biasa.
- Menyampaikan kepada penduduk informasi sederhana mengenai gejala penyakit yang dapat menjadi kejadian luar biasa dan ke mana harus mencari bantuan.

Kesiapsiagaan

- Menyiapkan rencana investigasi dan respons kejadian luar biasa (lihat Catatan Panduan 2).
- Memastikan ketersediaan dan penyebaran protokol investasi dan pengendalian kejadian luar biasa yang biasa terjadi, termasuk protokol pengobatan yang sesuai kepada pekerja kesehatan.
- Memastikan cadangan barang-barang yang penting tersedia untuk penyakit prioritas atau dapat segera disediakan dari sumber yang sudah diidentifikasi sebelumnya (lihat Catatan Panduan 3).
- Melakukan identifikasi tempat isolasi dan pengobatan pasien sebelumnya, misalnya pusat pengobatan kolera.
- Melakukan identifikasi satu laboratorium, baik itu setempat, provinsi, nasional atau di negara lain yang dapat mengonfirmasi suatu kejadian luar biasa (lihat Catatan Panduan 4).
- Memastikan bahan contoh dan transportasi media tersedia di tempat untuk bahan sediaan infeksi yang paling mungkin menyebabkan suatu kejadian luar biasa mendadak (lihat Catatan Panduan 5).



Pengendalian

- Menjelaskan kejadian luar biasa yang ada sesuai waktu, tempat dan orang, mengarahkan proses identifikasi perorangan yang berisiko tinggi dan membuat adaptasi kegiatan pengendalian (lihat Catatan Panduan 6–8).
- Melaksanakan kegiatan pengendalian yang tepat, yang khusus untuk penyakit dan sesuai dengan konteksnya (lihat Catatan Panduan 9).

Indikator kunci (dibaca bersama Catatan Panduan)

- Suatu hasil penyelidikan tertulis dan rencana respons kejadian luar biasa tersedia atau dikembangkan pada awal tanggap darurat.
- Lembaga kesehatan melaporkan dugaan kejadian luar biasa kepada tingkat atas yang tepat dalam sistem kesehatan dalam jangka 24 jam setelah deteksi dini.
- Lembaga kesehatan utama memulai penyelidikan kasus penyakit yang cenderung menjadi wabah yang dilaporkan dalam jangka 48 jam setelah kasus tersebut dinyatakan terjadi.
- Tingkat fatalitas kasus dipertahankan di bawah tingkat yang dapat diterima:
 - kolera – 1% atau lebih rendah
 - disentri *Shigella*– 1% atau lebih rendah
 - tifus – 1% atau lebih rendah
 - meningitis meningokokus – berkisar, 5–15%
 - malaria – beragam, ditujukan agar < 5% pada pasien malaria yang berat
 - campak – berkisar, 2–21% dilaporkan di tempat terkena konflik, ditujukan agar < 5% (lihat Catatan Panduan 10).

Catatan Panduan

1. **Sistem peringatan dini untuk deteksi kejadian luar biasa:** elemen kunci suatu sistem yang terdiri dari
 - suatu jaringan mitra pelaksana
 - bila memungkinkan, pelaksanaan pada semua sarana kesehatan dan pada tingkat komunitas
 - suatu kajian risiko terpadu semua penyakit berpotensi wabah
 - Identifikasi berdasarkan pengkajian risiko, dari sejumlah kecil kondisi prioritas (10–12) untuk pengawasan mingguan dan sejumlah penyakit untuk pelaporan siaga segera (lihat Lampiran 2: Contoh formulir pelaporan pengawasan mingguan)
 - Definisi kasus yang jelas untuk setiap penyakit atau kondisi pada formulir pengawasan baku
 - Ambang siaga didefinisikan pada setiap penyakit atau kondisi prioritas untuk memulai investigasi
 - Komunikasi untuk memastikan pemberitahuan status siaga yang formal dan informal yang cepat (rumor, laporan media, dan lain-lain)

- kepada pihak berwenang di sektor kesehatan yang sesuai
- Suatu sistem untuk merekam dan menanggapi kondisi untuk segera siaga
 - Pelaporan data, memasukkan ke dalam data dasar baku dan analisis mingguan
 - Masukan pengawasan mingguan dan informasi segera siaga kepada semua mitra
 - Pengawasan teratur untuk memastikan mutu data juga ketepatan waktu dan kelengkapan pelaporan.
 - Protokol dan formulir investasi kasus yang baku
 - Prosedur baku untuk pertukaran informasi dan memulai respons kejadian luar biasa.
2. **Investigasi dan rencana pengendalian kejadian luar biasa:** hal ini harus dipersiapkan dengan keterlibatan sepenuhnya para pemangku kepentingan. Isu-isu berikut ini harus dikemukakan:
- Kriteria untuk mengumpulkan tim pengendalian kejadian luar biasa
 - Komposisi tim pengendali kejadian luar biasa
 - Peran dan tanggung jawab khusus organisasi-organisasi dan posisinya dalam tim
 - Pengaturan konsultasi dan berbagi informasi di tingkat daerah dan nasional
 - Sumber-sumber dan sarana yang tersedia untuk melakukan penyelidikan dan penanganan kejadian luar biasa
 - Daftar obat-obatan utama, pasokan dan alat diagnostik yang dibutuhkan
3. **Stok cadangan:** cadangan di lokasi harus memasukkan bahan yang digunakan dalam tanggap seperti bila terjadi kejadian luar biasa. Suatu paket penyakit diare dan kolera mungkin dibutuhkan dalam situasi itu. Mungkin tidak praktis menyimpan beberapa stok di lokasi, seperti vaksin meningokokus. Untuk bahan-bahan ini, prosedur untuk pengadaan segera, transportasi dengan menggunakan kapal dan penyimpanan harus ditentukan terlebih dahulu, sehingga dapat segera diperoleh.
4. **Laboratorium rujukan:** uji laboratorium berguna untuk memastikan diagnosis ketika suatu dugaan kejadian luar biasa terjadi untuk menentukan perlunya imunisasi massal (misalnya dalam kasus meningitis meningokokus) atau bila uji biakan dan kepekaan antibiotik dapat memengaruhi keputusan tata laksana kasus (misalnya *shigellosis*). Suatu laboratorium rujukan harus dapat diidentifikasi baik itu regional atau internasional dan dapat membantu pengujian yang lebih canggih, misalnya diagnosis serologis campak, demam kuning, demam *dengue*, dan demam *dengue* berdarah.
5. **Transportasi media dan pengujian cepat:** bahan contoh (misalnya usap dubur) dan transportasi media (misalnya media Cary-Blair untuk kolera,



shigella, *E. Coli*, dan *salmonella*) dan sarana pendingin untuk transportasi harus tersedia di lokasi atau dapat diakses. Sebagai tambahan, beberapa pengujian cepat tersedia yang dapat berguna untuk pemeriksaan penyakit-penyakit menular di lapangan, termasuk malaria dan meningitis.

6. *Investigasi kejadian luar biasa:* Sepuluh langkah penyelidikan kejadian luar biasa:

1. Menyatakan adanya kejadian luar biasa
2. Konfirmasi diagnosis
3. Membuat definisi suatu kasus
4. Menghitung kasus
5. Melakukan epidemiologi deskriptif (waktu, orang, tempat)
6. Menentukan siapa yang berisiko
7. Mengembangkan hipotesis yang menjelaskan paparan dan penyakit
8. Melakukan evaluasi hipotesis
9. Mengomunikasikan temuan
10. Melaksanakan kegiatan pengendalian.

Langkah-langkah ini tidak perlu dilaksanakan secara kaku dan kegiatan pengendalian harus dapat dilaksanakan sesegera mungkin.

7. *Konfirmasi adanya suatu kejadian luar biasa:* tidak selalu langsung ditentukan apakah ada kejadian luar biasa, dan definisi jelas ambang kejadian luar biasa tidak ada untuk semua penyakit. Meskipun demikian, ambang batas ada untuk penyakit-penyakit di bawah ini:

- Penyakit yang dengan satu kasus tunggal dapat menandakan adanya suatu kejadian luar biasa: kolera, campak, demam kuning, demam berdarah virus
- Penyakit yang bila kejadian luar biasa harus diduga bila ada kasus atau kematian berkaitan dengan jumlah penyakit dua kali lipat rata-rata minggu sebelumnya; shigellosis – di wilayah tidak endemik dan di kamp pengungsi, satu kasus shigellosis harus meningkatkan keprihatinan mengenai suatu potensi wabah.
- Malaria – definisinya berdasarkan situasi khusus, suatu peningkatan jumlah kasus di atas jumlah yang diperkirakan pada suatu waktu tertentu pada penduduk tertentu di lokasi tertentu dapat menandai adanya kejadian luar biasa. Tanpa data sejarah, tanda peringatan dini termasuk peningkatan proporsi kasus demam yang dikonfirmasi sebagai malaria dalam jangka dua minggu terakhir dan suatu peningkatan kecenderungan tingkat fatalitas kasus pada minggu sebelumnya.
- Meningitis meningokokus – dalam lingkaran meningitis, untuk penduduk di atas 30.000, 15 kasus/100.000 orang/minggu; meskipun demikian, dengan tingkat risiko kejadian luar biasa yang tinggi (misalnya kejadian luar biasa untuk usia di atas 3 tahun dan cakupan imunisasi < 80%), ambang ini dikurangi menjadi 10 kasus/100.000 orang/minggu. Bila penduduk kurang dari 30.000, lima kasus dalam seminggu atau jumlah

kasus dua kali lipat dalam jangka tiga minggu berarti konfirmasi bahwa terjadi suatu kejadian luar biasa. Apabila di satu kamp, dua kasus dikonfirmasi dalam jangka seminggu adalah indikasi terjadinya kejadian luar biasa.

- Dengue –meningkatnya kasus demam dalam dua minggu terakhir menunjukkan peningkatan tingkat IgG (berdasarkan pengujian berpasangan contoh serum berturut-turut) dari pasien yang menggigit dengan sakit 3–5 hari dan perhitungan penurunan jumlah trombosit (< 20.000).
8. **Respons kejadian luar biasa:** komponen utama respons kejadian luar biasa adalah koordinasi, pengelolaan kasus, pengawasan dan epidemiologi, laboratorium, kegiatan pencegahan khusus seperti perbaikan air dan sanitasi tergantung pada penyakit, risiko, komunikasi, mobilisasi sosial, hubungan dengan media dan pengelolaan informasi, logistik dan keamanan.
 9. **Kegiatan pengendalian:** kegiatan pengendalian harus dikembangkan secara khusus untuk menghentikan penyebaran sumber yang menyebabkan kejadian luar biasa. Seringkali pengetahuan yang ada mengenai sumber tersebut dapat mengarahkan rancangan kegiatan pengendalian yang tepat dalam situasi khusus. Secara umum kegiatan respons termasuk pengendalian sumber dan/atau mencegah paparan (misalnya melalui perbaikan sumber air untuk mencegah kolera), menghentikan penyebaran dan/atau mencegah infeksi (misalnya melalui imunisasi massal untuk mencegah campak atau penggunaan kelambu yang sudah diberi obat untuk mencegah malaria) dan melakukan modifikasi pertahanan masyarakat setempat (misalnya melalui diagnosis dini dan pengobatan atau melalui kemoprofilaksis) (lihat Standar sistem kesehatan 5, Standar pasokan air 1–2, Standar promosi kebersihan 1–2, dan Standar pengendalian vektor 1–3).
 10. **Tingkat fatalitas kasus:** tingkat fatalitas kasus yang dapat diterima untuk kasus penyakit menular bervariasi tergantung pada konteks umum, akses terhadap layanan kesehatan dan mutu dan kecepatan penatalaksanaan kasus. Secara umum, tujuannya adalah untuk mengurangi tingkat fatalitas kasus serendah mungkin. Jika tingkat fatalitas kasus melebihi tingkat prakiraan minimum, maka evaluasi kegiatan pengendalian perlu segera dilakukan dan diikuti dengan langkah korektif untuk memastikan tingkat fatalitas kasus dipertahankan pada tingkat yang dapat diterima.



2.2 Layanan Kesehatan Dasar – Kesehatan Anak

Selama masa darurat, anak rentan terhadap peningkatan tingkat kesakitan dan kematian. Penanganan kebutuhan kesehatan mereka secara khusus membutuhkan intervensi yang berfokus pada anak. Intervensi kesehatan anak harus memasukkan penanganan penyebab utama kesakitan dan kematian berlebihan, termasuk infeksi saluran napas akut, diare, campak, kurang gizi, dan penyebab penyakit bayi baru lahir.

Standar Layanan Kesehatan Dasar –kesehatan anak 1: Pencegahan melalui imunisasi penyakit-penyakit yang dapat dicegah

Anak berusia 6 bulan sampai 15 tahun mendapat kekebalan terhadap campak dan mempunyai akses layanan program imunisasi dalam situasi yang distabilkan.

Aksi kunci (dibaca bersama Catatan Panduan)

- Membuat suatu prakiraan cakupan imunisasi campak untuk anak berusia 9 bulan sampai 15 tahun pada saat tanggap darurat, menentukan risiko terjadinya wabah (lihat Catatan Panduan 1).
- Bila cakupan imunisasi < 90% atau tidak diketahui, lakukan kampanye imunisasi campak untuk anak berusia 6 bulan sampai 15 tahun, termasuk pemberian vitamin A pada anak berusia 6–59 bulan (lihat Catatan panduan 1–2).
- Memastikan semua bayi antara usia 6–9 bulan mendapatkan imunisasi dan menerima dosis imunisasi campak ketika mencapai usia 9 bulan (lihat Catatan Panduan 3).
- Untuk penduduk yang berpindah atau mengungsi, perlu dibangun suatu sistem untuk memastikan sekurang-kurangnya 95 % pendatang baru pada suatu kamp atau komunitas yang berusia di antara 6 bulan dan 15 tahun menerima imunisasi campak.
- Mengembangkan kembali program imunisasi lengkap sesegera mungkin begitu kondisi memungkinkan untuk pelaksanaan imunisasi rutin pada anak, antara lain imunisasi campak rutin dan imunisasi penyakit lainnya yang dapat dicegah dalam jadwal nasional (lihat Catatan Panduan 4).

Indikator kunci (dibaca bersama Catatan Panduan)

- Setelah kampanye imunisasi campak dilakukan:
 - Sekurang-kurangnya 95% anak berusia 6 bulan sampai 15 tahun sudah menerima imunisasi campak
 - Sekurang-kurangnya 95% anak berusia 6–59 bulan telah menerima dosis vitamin A yang tepat.

- Ketika layanan imunisasi lengkap dikembangkan kembali, sekurang-kurangnya 90% anak berusia 12 bulan telah menerima tiga dosis DPT (difteri, pertusis, dan tetanus), yang merupakan indikator penanda untuk terimunisasinya anak secara lengkap.

Catatan Panduan

1. **Cakupan imunisasi campak:** menentukan cakupan imunisasi campak pada penduduk terkena bencana dilakukan melalui ulasan data cakupan imunisasi. Berdasarkan ulasan ini, ditentukan apakah cakupan imunisasi campak sudah $\geq 90\%$ dalam lima tahun terakhir dan/atau jika kampanye imunisasi campak 12 bulan terakhir telah mencapai $\geq 90\%$ anak berusia 9 bulan sampai 5 tahun. Jika cakupan imunisasi campak $< 90\%$, tidak diketahui atau meragukan dari prakiraan cakupan, kampanye imunisasi harus dilakukan dengan asumsi bahwa cakupan yang ada tidak memadai untuk mencegah kejadian luar biasa.
2. **Batasan umur untuk imunisasi campak:** beberapa anak yang lebih tua menghindari kampanye imunisasi campak yang sebelumnya dan penyakit campak. Anak ini tetap berisiko campak dan dapat menjadi sumber infeksi untuk bayi dan anak kecil lainnya yang risikonya lebih besar terhadap kematian akibat penyakit ini. Hal ini menjadi alasan untuk merekomendasikan imunisasi sampai anak berusia 15 tahun. Dalam situasi ketiadaan sumber, mungkin sulit melakukan imunisasi semua anak berusia 6 bulan sampai 15 tahun. Dalam situasi seperti ini, prioritas harus diberikan pada anak berusia 6–59 bulan. Semua anak dalam kelompok usia sasaran harus diimunisasi campak tanpa menimbang status imunisasi sebelumnya.
3. **Imunisasi ulang campak untuk anak berusia 6–9 bulan:** semua anak berusia 6–9 bulan yang menerima imunisasi campak harus menerima dosis tambahan vaksinasi campak ketika mencapai usia 9 bulan, dengan jarak antara minimal satu bulan dari imunisasi sebelumnya.
4. **Pemantapan program imunisasi lengkap nasional:** pada saat yang sama dengan persiapan kampanye imunisasi massal campak, rencana harus dimulai untuk pemantapan program imunisasi lengkap berkoordinasi dengan pihak berwenang di tingkat nasional. Pemantapan ini tidak hanya melindungi anak-anak langsung dari campak, difteri dan batuk rejan, tetapi juga menambah nilai pengurangan risiko infeksi saluran pernapasan.

Standar Layanan Kesehatan Dasar –kesehatan anak 2: Tata Laksana Bayi Baru Lahir dan Penyakit Anak

Anak mempunyai akses pada layanan kesehatan prioritas yang dirancang untuk menangani penyebab utama kesakitan dan kematian anak baru lahir.



Aksi kunci (dibaca bersama Catatan Panduan)

- Merancang pesan-pesan pendidikan kesehatan yang mendorong penduduk terkena bencana untuk mencari layanan awal untuk semua penyakit bayi baru lahir (demam, batuk, diare, dan lain-lain). Dalam perancangan pesan-pesan pendidikan kesehatan, pertimbangkan anak yang tidak diasuh oleh orang dewasa (lihat Sistem kesehatan standar 1, Catatan Panduan 3).
- Memberikan layanan utama bayi baru lahir pada semua bayi lahir sesuai panduan penatalaksanaan terpadu kehamilan dan persalinan (*Integrated Management of Pregnancy dan/IMPAC*) bilamana memungkinkan (lihat Catatan Panduan 1).
- Memberikan layanan kesehatan pada anak pada sarana kesehatan dasar menggunakan protokol nasional, atau panduan tata laksana terpadu penyakit anak (IMCI) bila dilaksanakan, dan layanan rumah sakit untuk anak yang sakit berat (lihat Catatan Panduan 2).
- Mengembangkan sistem kajian darurat baku dan pemilahan kasus (triase) pada semua sarana kesehatan yang memberikan layanan pada anak untuk memastikan semua yang mempunyai tanda kedaruratan mendapatkan pengobatan dengan segera (lihat Catatan Panduan 3).
- Memastikan anak yang mendapatkan layanan kesehatan diperiksa status gizinya dan dirujuk ke pusat layanan gizi (lihat Standar Pengelolaan Kurang Gizi Akut dan Kurang Zat Gizi-Mikro 1–3).
- Mengembangkan protokol penanganan kasus yang tepat untuk pengobatan difteri dan pertusis bilamana ada risiko tinggi wabah penyakit ini (lihat Catatan Panduan 6).
- Menyediakan obat-obatan utama untuk pengobatan penyakit-penyakit anak yang umum dalam dosis dan formula yang tepat.

Indikator kunci (dibaca bersama Catatan Panduan)

- Semua anak di bawah 5 tahun yang menderita malaria menerima pengobatan anti-malaria yang tepat dalam jangka waktu 24 jam gejala mereka terjadi (lihat Standar Layanan Kesehatan Dasar – Pengendalian Penyakit Menular 2).
- Semua anak berusia di bawah 5 tahun (balita) yang menderita diare menerima garam rehidrasi oral (*oral rehydration salts/ORS*) dan suplemen seng (lihat Catatan Panduan 3).
- Semua anak berusia di bawah 5 tahun yang menderita pneumonia menerima antibiotik yang tepat (lihat Catatan Panduan 5).

Catatan Panduan

1. **Perawatan bayi baru lahir:** semua bayi baru lahir sebaiknya mendapatkan layanan terampil sejak lahir (lebih baik di suatu sarana kesehatan), dijaga agar tetap hangat dan mendapatkan air susu ibu eksklusif dini. Semua bayi baru lahir harus diperiksa untuk segala masalah, khususnya kesulitan menyusui. Semua bayi baru lahir yang sakit harus diperiksa kemungkinan sepsis dan infeksi setempat.

- 2. *Pengelolaan Terpadu Penyakit Anak (Integrated Management of Childhood Illness/IMCI):*** IMCI adalah pendekatan terpadu kesehatan anak yang berfokus pada pelayanan untuk anak di bawah 5 tahun di tingkat pelayanan dasar. Bila IMCI sudah dikembangkan di suatu negara, dan panduan klinis sudah diadaptasi, panduan ini sebaiknya dipadukan dalam protokol standar, dan tenaga kesehatan dilatih secara tepat.
- 3. *Pemilahan kasus (triase):*** IMCI dan panduan perawatan rujukan dapat dilengkapi dengan menggunakan pemilahan kasus (triase) cepat dan pengobatan. Pemilahan kasus adalah pemilahan pasien ke dalam kelompok prioritas sesuai kebutuhan layanan kesehatan, sumber tersedia dan peluang hidupnya. Pekerja klinik yang terlibat dalam perawatan penyakit anak harus dilatih menggunakan pemilahan kasus darurat panduan pengkajian, dan pengobatan (*Emergency Triage and Treatment/ ETAT*) untuk melakukan kajian darurat penilaian.
- 4. *Tata laksana diare:*** anak dengan diare harus dirawat dengan cairan rehidrasi oral yang rendah osmolaritasnya dan suplemen seng. Cairan rehidrasi oral yang rendah osmolaritasnya akan memperpendek episode waktu diare dan mengurangi kebutuhan cairan melalui pembuluh darah vena.
- 5. *Tata laksana pneumonia:*** anak dengan batuk harus dikaji apakah mengalami napas cepat dan/atau kesulitan bernapas dan dada Kempis. Anak dengan napas cepat dan/atau kesulitan napas harus menerima antibiotik oral yang tepat; anak dengan dada Kempis harus dirujuk ke rumah sakit.
- 6. *Kejadian luar biasa batuk rejan (pertusis) atau difteri:*** kejadian luar biasa batuk rejan sering terjadi pada pengungsian penduduk. Kampanye imunisasi untuk menanggapi kejadian luar biasa batuk rejan biasanya dihindari karena keprihatinan akibatbaliknya terhadap penerima yang berusia lebih tua yang sudah menerima tindakan DPT lengkap. Meskipun demikian, suatu kejadian luar biasa dapat digunakan untuk menangani kesenjangan imunisasi rutin. Pengelolaan kasus meliputi pemberian antibiotik dan pengobatan profilaksis (pencegahan) kontak dalam rumah tangga bila ada bayi atau perempuan hamil. Wabah difteri lebih jarang, namun selalu merupakan suatu ancaman bagi penduduk dengan kekebalan terhadap difteri yang rendah di tempat yang padat. Kampanye imunisasi massal dengan tiga dosis tindakan yang terpisah telah dilakukan dalam kamp untuk menanggapi kejadian luar biasa difteri. Pengelolaan kasus meliputi pemberian antitoksin dan antibiotik.



2.3 Layanan Kesehatan Dasar – Kesehatan Seksual dan Reproduksi

Semua orang termasuk yang tinggal di daerah yang terkena bencana mempunyai hak kesehatan reproduksi. Untuk memenuhi hak ini penduduk terkena bencana harus mempunyai akses terhadap informasi kesehatan reproduksi, layanan gratis, dan pilihan-pilihan informasi yang utuh. Mutu layanan kesehatan reproduksi harus berdasarkan kebutuhan penduduk yang terkena bencana. Layanan ini harus menghormati kepercayaan agama, nilai etis, dan latar belakang budaya komunitas, sambil menerapkan standar hak-hak asasi manusia yang universal.

Standar Layanan Kesehatan Dasar – kesehatan seksual dan reproduksi 1: Kesehatan Reproduksi

Setiap orang mempunyai akses layanan kesehatan reproduksi prioritas – Paket Layanan Awal Minimum (Minimum Initial Service Package/MISP) pada saat kejadian kedaruratan dan layanan kesehatan reproduksi menyeluruh pada saat situasi stabil.

Aksi kunci (dibaca bersama Catatan Panduan)

- Melakukan identifikasi lembaga kesehatan reproduksi utama dalam sektor atau kluster kesehatan untuk melancarkan proses koordinasi dan pelaksanaan MISP dan memastikan bahwa petugas kesehatan reproduksi (dinominasikan oleh lembaga kesehatan reproduksi utama) ada dan berfungsi dalam sektor atau kluster kesehatan (lihat Catatan Panduan 1).
- Melaksanakan kegiatan yang mengurangi risiko kekerasan seksual dengan berkoordinasi dengan sektor atau kluster lainnya (lihat Catatan Panduan 3).
- Memastikan layanan klinis untuk kekerasan seksual, termasuk akses terhadap dukungan kesehatan jiwa dan psikososial serta bantuan hukum (lihat Catatan Panduan 3 dan Prinsip Perlindungan 2, Catatan Panduan 7).
- Mengembangkan perangkat minimum pencegahan, pengobatan, pemeliharaan, dan layanan pendukung HIV untuk mengurangi penyebaran HIV (lihat Standar layanan kesehatan dasar 2 – Kesehatan Seksual dan Reproduksi).
- Memastikan layanan persalinan darurat dan perawatan bayi baru lahir tersedia dan dapat diakses, termasuk:
 - Pada pusat kesehatan – tenaga pendamping persalinan yang terlatih dan pasokan untuk persalinan normal dan penatalaksanaan dasar persalinan darurat dan komplikasi bayi baru lahir, pelayanan dasar persalinan darurat (*basic emergency obstetric care/BEEmOC*) dan perawatan bayi baru lahir.
 - Untuk rumah sakit rujukan – tersedia pekerja medis terampil dan

pasokan untuk tata laksana persalinan terpadu dan komplikasi bayi baru lahir; serta pelayanan persalinan darurat terpadu (*comprehensive emergency obstetric care/CEmOC*) dan perawatan bayi baru lahir.

- Dikembangkan suatu sistem komunikasi dan transportasi untuk mengelola kedaruratan persalinan dan bayi baru lahir, sistem ini berfungsi 24 jam sehari, tujuh hari seminggu dari komunitas ke pusat kesehatan dan di antara pusat kesehatan dan rumah sakit rujukan (lihat Catatan Panduan 4).
- Memberi perangkat persalinan yang bersih untuk pendamping persalinan bagi perempuan yang akan melahirkan dan bila akses ke petugas kesehatan terampil dan sarana kesehatan tidak memungkinkan (lihat Catatan Panduan 4).
- Menyediakan informasi bagi penduduk mengenai keuntungan dan ketersediaan layanan klinis untuk penyintas kekerasan seksual dan sistem rujukan darurat untuk komplikasi kehamilan dan persalinan (lihat Catatan Panduan 3–4).
- Memastikan metode kontrasepsi umum tersedia dan memenuhi permintaan (lihat Catatan Panduan 2).
- Membuat rencana untuk melaksanakan layanan kesehatan reproduksi terpadu dalam layanan kesehatan dasar sesegera mungkin (lihat Catatan Panduan 1).

Indikator kunci (dibaca bersama Catatan Panduan)

- Semua sarana kesehatan memiliki tenaga terlatih, pasokan dan alat memadai untuk tata laksana klinis layanan penyintas perkosaan berdasarkan protokol nasional atau WHO.
- Semua perempuan hamil pada bulan ketiganya menerima perangkat persalinan yang bersih
- Ada sekurangnya empat sarana kesehatan dengan BEmOC dan perawatan bayi baru lahir/500.000 penduduk.
- Ada sekurangnya satu sarana kesehatan dengan CEmOC dan perawatan bayi baru lahir/500.000 penduduk.
- Proporsi persalinan dengan operasi Caesar tidak lebih dari 5% atau kurang dari 15 % (lihat Catatan Panduan 4).

Catatan Panduan

1. **Paket Layanan Awal Minimum (*Minimum initial service package*):** MISIP mendefinisikan layanan yang paling penting untuk mencegah kesakitan dan kematian yang berhubungan dengan kesehatan reproduksi pada perempuan, laki-laki dan dewasa muda dalam lingkup bencana. Hal ini meliputi suatu rangkaian prioritas layanan kesehatan reproduksi yang harus dilakukan bersama-sama untuk mencegah dan mengelola konsekuensi terjadinya kekerasan seksual, mengurangi penyebaran HIV, mencegah kesakitan dan kematian ibu dan bayi, dan mulai membuat rencana layanan kesehatan reproduksi sesegera mungkin situasi stabil.



Perencanaan memadukan layanan kesehatan reproduksi menyeluruh yang bermutu baik ke dalam layanan kesehatan dasar pada saat kedaruratan penting dilakukan untuk memastikan kelanjutan perawatan. Layanan kesehatan reproduksi terpadu meliputi peningkatan layanan yang sudah ada, menambahkan layanan yang hilang dan meningkatkan mutu layanan.

2. **Pasokan kesehatan reproduksi:** pasokan MISP harus dipesan, dibagikan, dan disimpan untuk mencegah penundaan bahan penting ini ke penduduk. Perangkat Kesehatan Darurat Antar Lembaga 2006 (*The Interagency Emergency Health Kit 2006*) terdiri dari sejumlah obat dengan jumlah terbatas untuk pasien yang pernah mendapat tindakan medis, magnesium sulfat, dan alat serta obat untuk pelayanan persalinan, namun tidak semua pasokan dibutuhkan untuk MISP. Perangkat *Kesehatan reproduksi antar lembaga* dikembangkan oleh kelompok kerja antar lembaga mengenai kesehatan reproduksi dalam kedaruratan meliputi obat-obatan dan pasokan untuk jangka tiga bulan.
3. **Kekerasan seksual:** semua pelaku tanggap darurat harus menyadari risiko kekerasan seksual termasuk eksploitasi dan kesewenang-wenangan seksual yang dilakukan oleh pekerja kemanusiaan, dan harus mencegah serta melakukan tindakan menanggapi. Informasi yang terkumpul dari semua laporan kejadian harus dirangkum dengan aman dan etis, kemudian dibagikan untuk kegiatan pencegahan dan tanggap. Kejadian kekerasan seksual harus dipantau. Kegiatan untuk membantu penyintas harus ada di setiap sarana kesehatan dasar dan termasuk pekerja terampil untuk melakukan kontrasepsi darurat, pencegahan setelah terpapar untuk mencegah HIV, pengobatan kemungkinan infeksi menular seksual (IMS), perawatan luka, pencegahan tetanus dan hepatitis B. Penggunaan kontrasepsi darurat adalah pilihan pribadi dan hanya dapat diputuskan oleh perempuan sendiri. Perempuan harus ditawarkan konseling yang tidak bias agar dapat mengambil keputusan secara sadar. Penyintas kekerasan seksual harus didukung untuk mendapatkan dan dirujuk ke pelayanan klinis dan mempunyai akses pada layanan kesehatan jiwa dan dukungan psikososial.

Atas permintaan penyintas, pekerja perlindungan harus memberikan perlindungan dan dukungan hukum. Semua pemeriksaan dan pengobatan hanya dilakukan dengan persetujuan penyintas. Kerahasiaan penting pada semua tahapan (lihat Standar sistem kesehatan 5, Catatan Panduan 3 dan Prinsip Perlindungan 1, Catatan panduan 7–12).

4. **Layanan persalinan dan bayi baru lahir darurat:** kira-kira 4% penduduk terkena bencana adalah perempuan hamil. Kira-kira 15 % perempuan hamil akan mengalami komplikasi kehamilan yang tidak terduga selama kehamilan atau pada saat persalinan yang membutuhkan layanan persalinan dan 5–15% dari semua persalinan akan membutuhkan bedah, misalnya operasi Caesar. Untuk mencegah kematian dan kesakitan ibu

dan anak yang timbul akibat komplikasi, dibutuhkan petugas persalinan yang terampil pada semua persalinan, BEmOC dan resusitasi bayi baru lahir harus tersedia pada semua sarana pelayanan kesehatan dasar. BEmOC meliputi antibiotik minum, obat penguat kontra-tindakan rahim (oksitosin), obat anti kejang (magnesium sulfat), alat untuk mengeluarkan sisa-sisa kehamilan menggunakan teknologi tepat guna, pengeluaran sisa ari-ari (plasenta), alat bantu persalinan melalui vagina (alat vakum atau forceps) dan resusitasi ibu dan bayi baru lahir. CEmOC meliputi semua intervensi dalam BEmOC juga operasi dengan anestesi umum (operasi Caesar, laparotomi) dan transfusi darah yang rasional dan aman.

Sistem rujukan harus memastikan bahwa perempuan atau bayi baru lahir dirujuk dan mempunyai sarana pengangkutan ke dan dari sarana pelayanan kesehatan dasar dengan BEmOC dan perawatan bayi baru lahir, dan ke rumah sakit dengan CEmOC dan layanan perawatan bayi baru lahir.

Standar Layanan Kesehatan Dasar –kesehatan seksual dan reproduksi 2: HIV dan AIDS

Orang mempunyai akses terhadap perangkat minimum pencegahan, pengobatan, perawatan, dan layanan pendukung HIV selama masa darurat.

Aksi kunci (dibaca bersama Catatan Panduan)

- Mengembangkan standar perlindungan dan prosedur aman pembuangan sampah dalam semua layanan kesehatan (lihat Catatan Panduan 2 dan Standar sistem kesehatan 1, Catatan Panduan 10–11).
- Mengembangkan dan mengikuti transfusi darah yang aman dan rasional (lihat Catatan Panduan 2 dan Standar sistem kesehatan 1, Catatan Panduan 5).
- Mengembangkan akses terhadap kondom laki-laki dan perempuan yang bermutu baik dan gratis, termasuk informasi mengenai penggunaan kondom yang benar.
- Memastikan sarana kesehatan memberikan tata laksana sindromik pada semua pasien yang mempunyai gejala-gejala infeksi menular seksual.
- Memastikan tersedianya layanan pencegahan setelah terpapar (*post-exposure prophylaxis/PEP*) diberikan pada perorangan dalam jangka 72 jam setelah kejadian yang berpotensi terpapar HIV (lihat Catatan Panduan 3).
- Memberikan informasi dalam format yang terjangkau dan pendidikan mengenai pencegahan HIV pada masyarakat umum dan kelompok berisiko tinggi (misalnya pekerja seks komersial).
- Memastikan pencegahan penularan HIV ibu ke anak (*prevention of mother-to-child transmission – PMTCT*) dengan memastikan akses



terhadap kontrasepsi, persalinan yang bersih dan aman (termasuk layanan persalinan darurat) dan pemberian obat antiretroviral (lihat Catatan Panduan 4).

- Memberikan pengobatan, perawatan, dan dukungan untuk bayi yang lahir dari ibu yang diketahui mengidap HIV positif, termasuk bimbingan dan konseling mengenai pemberian makanan bayi (lihat Standar pemberian makanan bayi dan anak kecil 2).
- Memastikan orang yang mengidap HIV (PLHIV) menerima layanan kesehatan, termasuk pemberian co-trimoksazol pencegahan untuk infeksi berkaitan dengan HIV.
- Memastikan orang yang sebelumnya sudah menerima terapi antiretroviral untuk mendapatkan pengobatan lanjutan (lihat Catatan Panduan 4).
- Membangun hubungan antara program HIV dan tuberkulosis bila ada.
- Memastikan orang berisiko tinggi terpapar HIV mendapat akses intervensi pencegahan HIV untuk penyebaran seksual HIV dan akses peralatan suntik yang bersih, bila layanan ini sudah ada.
- Memulai rencana untuk menyebarluaskan cakupan pelayanan pengendalian HIV pada tahap pemulihan (lihat Catatan Panduan 1).

Indikator kunci (dibaca bersama Catatan Panduan)

- Orang yang paling berisiko HIV disasar dengan program pencegahan HIV.
- Perempuan hamil yang diketahui HIV positif menerima obat ARV (antiretroviral) untuk PMTCT.
- 100% darah transfusi diperiksa terhadap infeksi yang ditularkan melalui transfusi termasuk HIV.
- Perorangan yang berpotensi terpapar HIV (paparan kerja di layanan kesehatan dan paparan non-kerja) menerima PEP dalam jangka 72 jam setelah kejadian.
- Semua sarana pelayanan kesehatan dasar mempunyai anti-mikroba untuk diberikan pada penatalaksanaan sindromik pada pasien yang mempunyai gejala infeksi menular seksual.

Catatan Panduan

1. **Pengendalian HIV:** perangkat minimum pencegahan, pengobatan, perawatan, dan dukungan HIV yang dijelaskan dalam aksi kunci untuk standar ini meliputi kegiatan yang harus dilakukan oleh sektor kesehatan untuk mencegah penularan HIV dan memberi perawatan dan dukungan kepada orang yang hidup dengan HIV. Kegiatan ini harus dilaksanakan pada awal tahap tanggap darurat.
2. **Pencegahan penularan HIV dalam sarana pelayanan kesehatan:** Pencegahan penularan HIV dalam sarana pelayanan kesehatan (misalnya rumah sakit, klinik, kampanye imunisasi) adalah suatu prioritas pada awal tahap tanggap darurat. Kegiatan yang penting adalah standar pencegahan, menetapkan praktik transfusi darah yang rasional dan aman

dan pembuangan sampah sarana layanan kesehatan yang benar (lihat Standar sistem kesehatan 1, Catatan Panduan 5, 10–11).

3. **Pencegahan setelah terpapar (*post-exposure prophylaxis/PEP*):** PEP untuk mencegah infeksi HIV termasuk konseling, kajian risiko terpapar HIV, persetujuan, kajian sumber dan pemberian obat ARV. Meskipun demikian, PEP tidak harus diberikan pada orang yang sudah diketahui HIV positif; konseling dan pengujian tidak wajib, pemberian PEP tidak boleh terlambat karena menunggu hasil tes.
4. **Obat-obatan antiretroviral:** pemberian ARV untuk PMTCT, PEP dan ART jangka panjang pada situasi bencana mungkin dilaksanakan. Melanjutkan ART untuk mereka yang sudah mendapatkan pengobatan sebelum bencana merupakan suatu prioritas pada saat kedaruratan. Perempuan hamil yang sudah menerima ART, bila memungkinkan harus terus menggunakan ARV tanpa putus untuk PMTCT sesuai protokol nasional.

Catatan

Caritas International dan anggota-anggotanya tidak mempromosikan penggunaan atau penyaluran segala bentuk pengendalian kehamilan buatan.



2.4 Layanan kesehatan dasar – cedera

Cedera biasanya penyebab utama kematian dan kesakitan berlebihan setelah bencana akibat fenomena alam yang terjadi mendadak, misalnya gempa bumi. Banyak bencana akibat fenomena alam yang terjadi mendadak mengakibatkan korban massal, artinya lebih banyak orang yang menjadi pasien daripada kemampuan sumber yang tersedia untuk ditangani dengan prosedur rutin. Cedera akibat kekerasan fisik juga dihubungkan dengan kondisi kedaruratan kompleks. Selama konflik bersenjata misalnya, kematian yang disebabkan oleh cedera terjadi di wilayah yang tidak aman yang jauh dari sarana kesehatan yang tidak dapat dijangkau oleh perawat kesehatan. Intervensi bertujuan untuk melindungi penduduk sipil untuk mencegah kematian seperti ini (lihat Prinsip Perlindungan 3, Catatan Panduan 1–5).

Standar Layanan Kesehatan Dasar – cedera 1 : Perawatan Cedera

Setiap orang mempunyai akses perawatan cedera yang tepat selama bencana untuk mencegah kesakitan, kematian, dan kecacatan.

Aksi kunci (dibaca bersama Catatan Panduan)

- Memastikan pekerja kesehatan daerah dan mereka berkoordinasi dalam tanggap sektor kesehatan akrab dengan tata laksana penanganan korban massal (lihat Catatan Panduan 1).
- Dalam peristiwa korban massal, perlu dibangun suatu sistem baku pemilahan kasus dengan panduan jelas mengenai kajian, membuat prioritas, resusitasi dasar, dan rujukan (lihat Catatan Panduan 1).
- Memastikan prinsip-prinsip dan keterampilan penting untuk pertolongan pertama dan resusitasi dasar yang dipahami secara luas oleh tenaga kesehatan (lihat Catatan Panduan 2).
- Memastikan pekerja kesehatan daerah memahami prinsip dasar tata laksana penanganan luka (lihat Catatan Panduan 3).
- Memberikan tindakan penanganan tetanus yang mengandung toksoid pada kasus luka kotor dan mereka yang terlibat operasi penyelamatan dan pembersihan (lihat Catatan Panduan 4).
- Mengembangkan protokol baku untuk rujukan pasien terluka untuk perawatan lanjutan, termasuk operasi dan perawatan setelah operasi (lihat Catatan Panduan 5).
- Memastikan layanan cedera, operasi, rehabilitasi pasca-cedera dan pasca-operasi dikembangkan oleh lembaga yang mempunyai pengalaman dan sumber yang cocok (lihat Catatan Panduan 5).
- Memastikan alat bantu baku dan alat bantu gerak (misalnya kursi roda, tongkat) tersedia untuk pasien cedera dan orang berkebutuhan khusus, segera bila dapat dilakukan dan alat ini dapat diperbaiki oleh tenaga setempat (lihat Catatan Panduan 6).

Indikator kunci (dibaca bersama Catatan Panduan)

- Semua sarana kesehatan mempunyai pekerja terlatih dan sistem untuk tata laksana penanganan korban ganda.

Catatan Panduan

1. **Pemilahan kasus:** pemilahan kasus adalah proses menggolongkan pasien sesuai beratnya cedera atau sakit mereka, dan memprioritaskan pengobatan sesuai ketersediaan sumber dan peluang hidup pasien. Pada peristiwa korban besar-besaran, mereka yang cedera berat, mengancam jiwa mungkin menerima prioritas lebih rendah daripada mereka dengan cedera yang peluang hidupnya lebih besar. Belum ada sistem baku pemilahan kasus dan rujukan yang digunakan di seluruh dunia. Kebanyakan penggolongan menggunakan sistem kode empat warna: merah – prioritas tinggi, kuning – prioritas sedang, hijau digunakan untuk pasien rawat luar, dan hitam untuk yang meninggal.
2. **Pertolongan pertama dan layanan medis dasar:** prosedur kritis termasuk mengembalikan dan mengatur pernapasan yang mungkin membutuhkan pembersihan dan perlindungan saluran napas, juga pengendalian perdarahan dan pemberian cairan melalui pembuluh darah balik (vena) bila dibutuhkan. Prosedur ini mungkin membantu untuk menstabilkan kondisi perorangan yang mengalami cedera yang mengancam jiwa sebelum dipindahkan ke pusat rujukan dan akan sangat meningkatkan peluang hidup orang tersebut, meskipun mengalami cedera berat. Prosedur tanpa-operasi lainnya juga penting, misalnya pembersihan dan pembalutan luka dan pemberian antibiotik dan suntikan anti-tetanus untuk pencegahan.
3. **Tata laksana penanganan luka:** pada hampir semua bencana, banyak pasien datang ke tempat perawatan lebih enam jam setelah cedera. Kedatangan yang terlambat akan sangat meningkatkan risiko infeksi luka dan dapat mengakibatkan kematian. Oleh sebab itu, pekerja kesehatan setempat perlu memahami prinsip-prinsip dan protokol-protokol untuk mencegah dan merawat luka terinfeksi, termasuk penutupan dan pembersihan luka yang terlambat dirawat serta operasi pembersihan benda-benda asing dan jaringan yang mati.
4. **Tetanus:** pada bencana akibat fenomena alam yang terjadi mendadak yang mengakibatkan sejumlah besar mengalami cedera dan trauma, risiko terkena tetanus dapat meningkat secara relatif. Sementara imunisasi massal tetanus tidak direkomendasikan, tindakan penanganan tetanus toksoid-yang mengandung (DT atau Td – tindakan penanganan difteri dan tetanus– atau DPT, tergantung pada usia dan sejarah imunisasi) direkomendasikan untuk pasien yang lukanya kotor dan untuk mereka yang terlibat dalam operasi penyelamatan atau pembersihan yang dapat menempatkan mereka pada risiko. Seseorang dengan luka yang kotor mungkin tidak pernah divaksinasi tetanus harus menerima satu dosis tetanus immune globulin (TIG), bila tersedia.



- 5. Trauma dan perawatan operasi:** perawatan cedera operasi dan operasi menyelamatkan jiwa dan kecacatan jangka panjang. Hal ini membutuhkan pelatihan dan sumber khusus yang hanya dimiliki oleh sedikit lembaga. Operasi yang tidak tepat dan tidak memadai mungkin lebih merugikan daripada tidak melakukan sesuatu. Operasi yang dilakukan tanpa rehabilitasi dengan segera dapat menggagalkan pengembalian kemampuan fungsional pasien. Hanya organisasi dan tenaga profesional dengan pengalaman yang sesuai, yang melakukan layanan yang dapat menyelamatkan jiwa dan mencegah kecacatan tersebut.
- 6. Rehabilitasi pasca-operasi untuk trauma-terkait cedera:** rehabilitasi awal dapat sangat meningkatkan daya tahan dan meningkatkan mutu hidup penyintas yang cedera. Pasien yang membutuhkan alat bantu (misalnya kaki palsu/protese dan alat bantu gerak – kursi roda, tongkat) akan membutuhkan rehabilitasi fisik. Bila tersedia, kemitraan dengan program rehabilitasi berbasis komunitas dapat mengoptimalkan perawatan pasca-operasi dan rehabilitasi untuk penyintas yang cedera.

2.5 Layanan kesehatan dasar – kesehatan jiwa

Kesehatan jiwa dan masalah psikososial banyak terjadi pada peristiwa kemanusiaan. Ketakutan, kehilangan, ketidakpastian dan banyak tekanan lainnya berkaitan dengan konflik dan bencana lainnya meningkatkan risiko orang terhadap masalah keragaman sosial, perilaku, psikologis, dan psikiatrik. Kesehatan jiwa dan dukungan psikososial melibatkan dukungan multi-sektor (lihat diagram piramida intervensi). Dukungan-dukungan ini membutuhkan pelaksanaan yang terkoordinasi dengan baik, misalnya melalui kelompok kerja lintas kluster atau lintas sektor. Standar kesehatan jiwa yang disajikan di sini hanya berpusat pada kegiatan oleh pelaku kesehatan. Pembaca juga harus membaca Standar Inti 1 dan Prinsip Perlindungan 3.

Standar Layanan Kesehatan Dasar –kesehatan jiwa 1 : Kesehatan Jiwa

Setiap orang mempunyai akses pada layanan kesehatan yang mencegah dan mengurangi masalah kesehatan jiwa dan gangguan fungsi terkait.

Aksi kunci (dibaca bersama Catatan panduan)

- Memastikan intervensi dikembangkan berdasarkan kebutuhan dan sumber yang teridentifikasi.
- Memastikan anggota komunitas termasuk orang terpinggirkan untuk menguatkan dukungan saling membantu secara mandiri dalam komunitas dan dukungan sosial (lihat Catatan Panduan 1).

- Memastikan pekerja komunitas termasuk relawan dan pekerja pada pelayanan kesehatan menawarkan pertolongan pertama psikologis kepada orang yang mengalami tekanan akut setelah terpapar pada penyebab ekstrem (lihat Catatan Panduan 2)
- Memastikan ada sekurang-kurangnya ada seorang pekerja kemanusiaan pada setiap sarana kesehatan yang mengelola masalah keragaman dan gangguan kesehatan jiwa berat pada orang dewasa dan anak (lihat Catatan Panduan 3).
- Menangani kebutuhan dan hak dasar dan keamanan orang dengan masalah kesehatan jiwa di lembaga-lembaga terkait (lihat Catatan Panduan 4).
- Meminimalkan kerugian berkaitan dengan alkohol dan obat-obatan.
- Sebagai bagian pemulihan awal, memulai rencana untuk mengembangkan sistem kesehatan jiwa komunitas yang berkelanjutan (lihat Catatan Panduan 5).

Indikator kunci (dibaca bersama Catatan Panduan)

- Semua sarana kesehatan mempunyai pekerja terlatih dan sistem untuk mengelola masalah kesehatan jiwa.

Catatan Panduan

1. ***Saling membantu secara mandiri dalam komunitas dan dukungan sosial:*** saling membantu secara mandiri dalam komunitas dan dukungan sosial membentuk suatu unsur kunci dukungan multi-sektor kesehatan jiwa dan dukungan psikososial (lihat diagram di bawah) (lihat Standar Inti 1 dan Prinsip Perlindungan 4, Catatan Panduan 2–4). Lembaga-lembaga kesehatan sering mempekerjakan atau melibatkan pekerja komunitas dan relawan yang dapat memberdayakan anggota komunitas, termasuk orang terpinggirkan, untuk meningkatkan kemampuan untuk dapat saling membantu secara mandiri dan dukungan sosial.

Sumber: IASC (2010) *Interagency Standing Committee Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support*





2. **Pertolongan pertama psikologis:** kecemasan akut setelah terpapar suatu pengalaman ekstrem (misalnya peristiwa traumatik) paling baik dikelola dengan prinsip-prinsip pertolongan pertama psikologis, yang sering disalahpahami sebagai intervensi klinis. Padahal ini menjelaskan suatu bantuan pendukung yang manusiawi terhadap sesama manusia yang menderita dan mungkin membutuhkan dukungan. Ini meliputi hal-hal dasar, rawatan pragmatis non-intrusif yang berfokus pada mendengarkan, tetapi tidak memaksakan untuk berbicara, mengkaji kebutuhan-kebutuhan dan keprihatinan-keprihatinan, memastikan kebutuhan-kebutuhan dasar terpenuhi, mendorong dukungan sosial dari orang lain yang bermakna dan melindunginya dari kerugian lebih lanjut. Sangat tidak tepat untuk melakukan debriefing psikologis (misalnya mempromosikan untuk saling menceritakan kisah masing-masing dengan mendorong orang secara singkat dan sistematis mempertimbangkan persepsi, gagasan, dan tindakan emosional yang dialami selama peristiwa menekan yang baru dialami). Demikian pula pemberian obat *benzodiazepine* harus dihindari dalam pengelolaan stres akut, sebab dapat mengganggu pemulihan alamiah.

3. **Perawatan dasar kesehatan jiwa:** orang-orang dengan masalah kesehatan jiwa mungkin dimunculkan oleh kedaruratan, sudah ada sebelumnya atau kedua-duanya. Orang-orang dengan masalah kesehatan jiwa berat harus mempunyai akses terhadap jaringan dukungan sosial berbasis komunitas juga pelayanan klinis melalui layanan kesehatan (misalnya rumah sakit umum, klinik pelayanan dasar, dan lain-lain). Mengatur perawatan dasar kesehatan jiwa biasanya meliputi pengaturan pelatihan dan pengawasan tenaga kesehatan umum atau menambah profesional kesehatan jiwa ke klinik kesehatan. Obat psikotropik dasar dan anti kejang juga perlu disediakan. Setiap orang yang telah menerima pengobatan kesehatan jiwa sebelum krisis perlu mempunyai akses untuk melanjutkan pengobatan.
4. **Orang dalam lembaga:** rumah sakit jiwa dan rumah perawatan untuk orang bermasalah kejiwaan yang berat perlu dikunjungi secara teratur, khususnya pada awal krisis, sebab risiko kelalaian berat atau penganiayaan orang di lembaga sangat tinggi. Keamanan, kebutuhan fisik dasar (air, makanan, hunian, sanitasi, dan pelayanan kesehatan), pengawasan hak asasi manusia, perawatan dasar psikiatri dan psikososial harus diberikan selama masa krisis.
5. **Pemulihan awal:** krisis kemanusiaan meningkatkan gangguan jiwa yang luas, sehingga dibutuhkan rencana untuk memulai pengembangan sistem kesehatan jiwa yang mencakup pengobatan masalah kesehatan jiwa yang tepat di seluruh wilayah terkena bencana (lihat Standar Inti 4).

2.6 Layanan kesehatan dasar –penyakit tidak menular

Penduduk usia lanjut dan meningkatnya usia harapan hidup mengubah profil penyakit dari penyakit infeksi ke penyakit tidak menular (*Non-communicable diseases/NCDs*) di banyak negara termasuk negara-negara berpendapatan rendah dan menengah. Sebagai hasilnya, NCDs menjadi isu kesehatan masyarakat yang penting dalam lingkup kebencanaan. Meningkatnya masalah kesehatan berkaitan dengan memburuknya kondisi penyakit kronis yang ada menjadi suatu gambaran umum pada banyak kejadian bencana.

Standar Layanan Kesehatan Dasar – penyakit tidak menular 1: Penyakit Tidak Menular

Setiap orang mempunyai akses penanganan dasar untuk mengurangi kesakitan dan kematian berkaitan dengan komplikasi akut atau memburuknya kondisi penyakit kronis.

Aksi kunci (dibaca bersama Catatan Panduan)

- Melakukan kajian dan mendokumentasikan prevalensi NCDs dan



membagikan data tersebut kepada lembaga lain yang terlibat dalam tanggap darurat (lihat Catatan Panduan 1).

- Memastikan identifikasi perorangan dengan NCDs yang menerima pengobatan sebelum kedaruratan dan memastikan agar mereka dapat melanjutkannya. Menghindari penghentian pengobatan secara tiba-tiba.
- Memastikan orang dengan komplikasi akut dan perburukan NCDs yang menghadapi ancaman hidup (misalnya penyakit jantung, hipertensi berat) dan perorangan dengan nyeri (misalnya nyeri karena kanker stadium akhir) menerima pengobatan yang sesuai.
- Bila pengobatan NCDs tidak tersedia, perlu dikembangkan prosedur tetap yang jelas untuk rujukan kasus.
- Memastikan peralatan diagnostik dasar, laboratorium dasar dan pengobatan rutin, tata laksana NCDs tersedia melalui sistem pelayanan kesehatan dasar. Pengobatan ini harus dicantumkan dalam daftar obat-obat utama.
- Memastikan alat-alat bantu (misalnya alat bantu jalan) tersedia untuk orang dengan kesulitan bergerak atau komunikasi.

Indikator kunci (dibaca bersama Catatan Panduan)

- Semua sarana pelayanan kesehatan dasar mempunyai prosedur tetap yang jelas untuk merujuk pasien dengan NCDs ke sarana pelayanan sekunder dan tersier.
- Semua sarana pelayanan kesehatan dasar mempunyai obat yang memadai untuk melanjutkan pengobatan perorangan dengan NCDs yang telah menerima pengobatan setelah kedaruratan.

Catatan Panduan

1. ***Penyakit tidak menular*** meliputi penyakit jantung, stroke, hipertensi, gagal ginjal kronik, asma bronkial, gagal ginjal kronik bergantung pada cuci darah, diabetes tergantung insulin, dan epilepsi. Selama masa tanggap darurat, perorangan dengan kondisi medik kronik secara khusus rentan terhadap memburuknya kondisi mereka atau komplikasi seperti infeksi sekunder dan berisiko bila pengobatannya terputus. Stabilisasi klinis dan pemeliharaan terapi harus dipertahankan oleh respons sektor kesehatan dalam lingkup kemanusiaan.

Orang yang mengidap NCDs membutuhkan pengobatan jangka panjang dan tindak lanjutnya. Tata laksana rutin NCDs harus tersedia melalui sistem pelayanan kesehatan dasar, menggunakan obat dari daftar obat esensial. Umumnya tidak dianjurkan untuk merekomendasikan untuk menggunakan obat atau program baru untuk kondisi kesehatan kronik selama tanggap darurat jika obat atau program belum bisa dipastikan kelanjutannya setelah fase darurat.

Lampiran 1

Daftar Periksa Kajian Kesehatan

Persiapan

- Mendapatkan informasi yang tersedia mengenai penduduk terkena bencana.
- Mendapatkan peta dan dan foto udara yang ada.
- Mendapatkan data demografis dan kesehatan.

Keamanan dan akses

- Menentukan keberadaan ancaman akibat fenomena alam atau yang diakibatkan oleh manusia yang sedang berlangsung.
- Menentukan situasi keamanan menyeluruh, termasuk kehadiran tentara.
- Menentukan akses yang dimiliki oleh lembaga kemanusiaan terhadap penduduk terkena bencana.

Struktur kependudukan dan sosial

- Menentukan jumlah seluruh penduduk terkena bencana: penggolongan usia dan jenis kelamin penduduk.
- Membuat identifikasi kelompok yang meningkat risikonya, misalnya perempuan, anak, lanjut usia, orang dengan kebutuhan khusus.
- Menentukan besar rumah tangga rata-rata dan memperkirakan jumlah perempuan dan anak yang menjadi kepala rumah tangga.
- Menentukan struktur sosial yang ada, termasuk posisi otoritas dan/atau pengaruh.

Latar belakang informasi kesehatan

- Mengidentifikasi masalah kesehatan yang ada sebelum bencana di wilayah terkena bencana.
- Mengidentifikasi masalah kesehatan yang ada di negara asal pengungsi (wilayah asal pengungsi internal).
- Mengidentifikasi risiko kesehatan yang ada, misalnya potensi penyakit wabah.
- Mengidentifikasi sumber-sumber sudah ada di pelayanan kesehatan
- Menganalisis kinerja fungsi sistem kesehatan.



Tingkat kematian

- Menghitung angka kematian kasar.
- Menghitung angka kematian spesifik usia (misalnya angka kematian balita).
- Menghitung angka kematian berdasarkan penyebabnya.
- Menghitung angka kematian proporsional.

Tingkat kesakitan

- Menentukan tingkat kejadian penyakit utama yang penting bagi kesehatan masyarakat.
- Menentukan angka kejadian penyakit utama berdasarkan usia dan jenis kelamin bila memungkinkan.

Sumber daya yang tersedia

- Menentukan kemampuan kementerian kesehatan negara yang terkena bencana.
- Menentukan status sarana kesehatan nasional, termasuk jumlah seluruh jenis layanan yang diberikan, status fisik dan akses.
- Menentukan jumlah dan keterampilan staf kesehatan yang ada.
- Menentukan anggaran kesehatan dan mekanisme pendanaan yang ada.
- Menentukan kemampuan dan status fungsional program kesehatan masyarakat yang ada, misalnya program imunisasi lengkap (EPI).
- Menentukan ketersediaan protokol baku, obat-obatan esensial, sistem dan pasokan logistik.
- Menentukan status sistem rujukan yang ada.
- Menentukan tingkat lingkungan sarana kesehatan jiwa dalam sarana kesehatan.
- Menentukan status sistem informasi kesehatan yang ada.

Data dari sektor relevan lainnya

- Status gizi
- Makanan dan ketahanan pangan
- Kondisi lingkungan
- Tempat tinggal – mutu permukiman
- Pendidikan – pendidikan kesehatan dan kebersihan

Lampiran 2

Contoh formulir laporan pengawasan mingguan

Formulir 1 – Pengawasan kematian

Lokasi:

Hari Senin, tanggal: Sampai hari Minggu, tanggal:

Jumlah penduduk awal minggu ini:

Kelahiran minggu ini: Kematian minggu ini:

Yang datang minggu ini (jika ada)..... Yang pergi minggu ini:

Jumlah penduduk pada akhir minggu: ... Jumlah balita:

	0–4 tahun		> 5 tahun		Total
	Laki-laki	Perempuan	Laki-laki	Perempuan	
Penyebab langsung:					
Infeksi saluran napas atas					
Kolera (diduga)					
Diare – berdarah					
Diare – cair					
Cedera – bukan kecelakaan					
Malaria					
Kematian ibu – langsung					
Campak					
Meningitis (diduga)					



Bayi baru lahir (0–28 hari)					
Lain-lain					
Tidak diketahui					
Total					
Penyebab yang mendasari:					
AIDS (diduga)					
Kurang gizi					
Kematian ibu – tidak langsung					
Penyakit tidak menular (sebutkan)					
Lain-lain					
Total					

- Formulir ini digunakan bila ada banyak kematian dan informasi terperinci kematian perorangan tidak dapat dikumpulkan karena keterbatasan waktu.
- Penyebab lain kematian dapat ditambahkan sesuai konteks dan pola epidemiologis.
- Usia dapat dipisah lagi (0–11 bulan, 1–4 tahun, 5–14 tahun, 15–49 tahun, 50–59 tahun, 60–69 tahun, 70–79 tahun, > 80 tahun) bila memungkinkan.
- Kematian harus dilaporkan ke dalam laporan sarana kesehatan, tidak boleh dipisah, dan memasukkan laporan-laporan dari lokasi, pemimpin agama, pekerja komunitas, kelompok perempuan, dan rumah sakit rujukan.

Contoh laporan minggu Sistem Peringatan Dini

Laporan ini digunakan pada fase awal kedaruratan bila ada risiko penyakit wabah tinggi.

Hari Senin, tanggal: Sampai hari Minggu, tanggal:

Kota/desa/kampung:

Provinsi: Kabupaten: Kecamatan:

Kabupaten:

Nama Lokasi: • pasien menginap • pasien luar • pusat kesehatan • klinik keliling

Lembaga pendukung: Petugas pelapor & Nomor kontak:

Jumlah penduduk: Jumlah balita:

Jumlah kasus baru	Sakit		Meninggal		Total
	< 5 tahun	=/> 5 tahun	< 5 tahun	=/> 5 tahun	
Jumlah kunjungan					
Jumlah kematian					
Infeksi saluran napas akut					
Diare cair akut					
Diare berdarah akut					
Malaria – diduga/pasti					
Campak					
Radang selaput otak (Meningitis) – diduga					
Sindrom demam berdarah akut					
Sindrom kuning akut					
Paralisis kaku akut (<i>acute flaccid paralysis/AFP</i>)					
Tetanus					
Demam lain > 38,5°C					
Cedera/luka					
Lain-lain					
Jumlah					

- Bila ada lebih satu diagnosis, yang paling penting yang dicatat. Setiap kasus harus dihitung hanya sekali.
- Yang dicatat adalah hanya kasus yang dilihat (atau kematian yang dihitung) selama pekan yang diawasi.
- Tulis 0 (nol) bila Anda tidak mendapatkan kasus atau kematian selama pekan atau satu sindrom yang terdaftar. Kematian hanya dicatat pada kolom kematian, tidak pada kolom sakit.
- Definisi kasus setiap kondisi pada pengawasan harus ditulis pada halaman belakang formulir.
- Penyebab kesakitan dapat ditambahkan atau dikurangi sesuai epidemiologi dan kajian risiko penyakit.
- Tujuan sistem peringatan dini dan pengawasan adalah deteksi dini penyakit yang berpotensi menjadi wabah.

- Data pada kondisi-kondisi ini misalnya kurang gizi harus diperoleh melalui survei (prevalensi) daripada pengawasan (kejadian).

B. Penyiagaan kejadian luar biasa

Bila Anda menduga terjadinya penyakit-penyakit di bawah ini, silakan SMS atau telepon atau e-mail dengan informasi yang sebanyak mungkin mengenai waktu, tempat, jumlah kasus, dan kematian.

Kolera, *shigellosis*, campak, polio, tifus, tetanus, hepatitis A atau E, dengue, meningitis, difteri, batuk rejan, demam berdarah (ini daftar penyakit yang beragam tergantung epidemiologi penyakit negara yang bersangkutan).



Contoh Formulir Laporan Pengawasan Kesakitan Rutin *

Pengawasan kesakitan dapat diperluas dari sistem peringatan dini setelah fase akut untuk memasukkan penyakit lain dan pemantauan indikator lain bila memungkinkan.

Lokasi:

Hari Senin, tanggal: Sampai hari Minggu, tanggal:

Jumlah penduduk awal minggu/bulan ini:

Kelahiran minggu ini: Kematian minggu/bulan ini:

Yang datang minggu/bulan ini (jika ada).... Yang pergi minggu/bulan ini:.....

Jumlah penduduk pada akhir minggu/bulan: .. Jumlah balita:.....

Sakit	Usia di bawah 5 tahun (kasus baru)		5 tahun & di atas 5 tahun		Jumlah kasus baru	Jumlah kasus lama
	Laki-laki	Perempuan	Laki-laki	Perempuan		
Diagnosis:						
Infeksi saluran napas atas**						
Diare – berdarah						
Diare – cair						
Malaria – diduga/ konfirmasi						
Campak						
Meningitis (diduga)						
Demam berdarah akut						
Sindrom kuning akut, paralisis akut (AFP)						
Tetanus						
Demam > 38,5°C						
AIDS (diduga)***						
Penyakit mata						
Kurang gizi****						
Cedera – kecelakaan						
Cedera – bukan kecelakaan						
Infeksi menular seksual:						
• Luka alat kelamin						
• Nanah dari alat kelamin laki-laki						
• Keputihan						
• Nyeri perut bagian bawah						
Penyakit kulit						
Penyakit tidak menular (misalnya diabetes)						
Cacingan						
Lain-lain						
Tidak diketahui						
Total						

*boleh lebih dari satu diagnosis. Penyebab kesakitan dapat ditambahkan atau dikurangi sesuai dengan lingkup dan pola epidemiologis

**infeksi saluran napas di beberapa negara dapat dibagi menjadi infeksi saluran napas atas dan infeksi saluran napas bawah.

***prevalensi AIDS terbaik dikaji melalui survei.

****kurang gizi terbaik dikaji melalui survei cepat (MUAC atau W/H) karena pengawasan hanya menemukan mereka yang mencari perawatan.

Penggolongan umur dapat dibagi menjadi lebih banyak.

B. Penyiagaan kejadian luar biasa

Bila Anda menduga terjadinya penyakit-penyakit di bawah ini, silakan SMS atau telepon atau e-mail dengan informasi yang sebanyak mungkin mengenai waktu, tempat, jumlah kasus.

Kolera, *shigellosis*, campak, polio, tifus, tetanus, hepatitis A atau E, dengue, meningitis, difteri, pertusis, demam berdarah (ini daftar penyakit yang beragam tergantung epidemiologi penyakit negara yang bersangkutan)

Kunjungan ke sarana kesehatan	Usia di bawah 5 tahun			=> 5 tahun			Jumlah	
	Laki-laki	Perempuan	Jumlah	Laki-laki	Perempuan	Jumlah	Laki-laki	Perempuan
Jumlah kunjungan seluruhnya								

Tingkat penggunaan sarana kesehatan: Jumlah kunjungan pasien per orang per tahun = jumlah kunjungan dalam seminggu/jumlah penduduk x 52 minggu. Usia dapat dibagi menjadi (0–11 bulan, 1–4 tahun, 5–14 tahun, 15–49 tahun, 50–59 tahun, > 60 tahun) bila memungkinkan.

Jumlah konsultasi per petugas klinik: jumlah kunjungan seluruhnya (baru dan lama)/FFTE petugas klinik/jumlah hari sarana kesehatan berfungsi per minggu.



Lampiran 3

Rumus perhitungan indikator kesehatan utama

Angka kematian kasar (*crude mortality rate/CMR*)

- *Definisi:* angka kematian seluruh penduduk, termasuk perempuan dan laki-laki, dan semua usia.
- *Rumus:*

Jumlah seluruh kematian
selama periode yang diamati
----- X 10.000 orang = Kematian/10.000 orang/hari
Jumlah penduduk pertengahan
periode yang berisiko x Jumlah
hari dalam periode

Angka kematian balita (*under-5 mortality rate/U5MR*)

- *Definisi:* Angka kematian anak di bawah 5 tahun.
- *Rumus:*

Jumlah seluruh kematian
anak balita selama
periode yang diamati
----- X 10.000 orang= Kematian/10.000 balita /hari
Jumlah seluruh anak
balita x Jumlah hari
dalam periode

Tingkat kejadian

- *Definisi:* Jumlah kasus baru suatu penyakit yang terjadi selama periode tertentu pada suatu populasi yang berisiko terkena penyakit ini.
- *Rumus:*

Jumlah kasus baru penyakit
dalam periode waktu
----- X 1.000 orang= kasus baru penyakit/1.000 orang/bulan
Penduduk berisiko x Jumlah
bulan yang diamati

Angka kefatalan kasus (*case fatality rate/CFR*)

- *Definisi:* Jumlah orang yang meninggal akibat suatu penyakit dibagi jumlah yang yang menderita penyakit itu.
- *Rumus:*

Jumlah orang yang meninggal karena penyakit
dalam periode waktu
----- x 100 = x%
Orang yang menderita penyakit dalam periode
waktu

Tingkat penggunaan sarana kesehatan

- *Definisi:* Jumlah kunjungan pasien (tidak menginap) per orang per tahun. Bila memungkinkan, perbedaan harus dibuat antara kunjungan baru dan lama. Kunjungan baru yang harus digunakan untuk menghitung angka ini. Bila sulit membedakan antara kunjungan baru dan lama, biasanya digabung sebagai jumlah kunjungan keseluruhan selama masa tanggap darurat.

Jumlah kunjungan
dalam seminggu
----- X 52 minggu= kunjungan/orang/tahun
Jumlah penduduk

Jumlah konsultasi per petugas klinik per hari

- *Definisi:* Rata-rata jumlah konsultasi (baru dan berulang) yang ditemui oleh petugas klinik per hari.
- *Rumus:*

Jumlah konsultasi
dalam seminggu
----- ÷ Jumlah hari sarana kesehatan dibuka dalam seminggu
Jumlah tenaga klinik
FTE* pada sarana
kesehatan

*FTE (*full-time equivalent*/pekerja purna waktu) merujuk kesetaraan jumlah petugas klinik yang bekerja pada sarana kesehatan. Misalnya, jika ada petugas klinik yang bekerja pada bagian penanganan pasien luar, namun dua di antaranya bekerja paruh waktu, maka tenaga klinik FTE = 4 staf purna waktu + 2 staf paruh waktu = 5 petugas klinik FTE.



Bahan rujukan dan bahan bacaan lanjutan

Sumber-sumber

Perangkat hukum internasional

The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), CESCR General Comment 14, 11 August 2000. UN Doc. E/C.12/2000/4. Committee on Economic, Social and Cultural Rights.

World Health Organization (WHO) (2002), 25 Questions & Answers on Health & Human Rights. Health & Human Rights Publication Issue No. 1. Geneva. <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241545690.pdf>

Sistem kesehatan

Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE) (2010), Minimum Standard for Education in Emergencies, Chronic Crises dan Early Reconstruction. Geneva. www.exacteditions.com/exact/browse/436/494/2635/2/47?dps=on or http://www.ineesite.org/index.php/post/know_updated_inee_minimum_standards_handbook/

Inter-Agency Steering Committee (IASC) Global Health Cluster (2009), Health Cluster Guide: A practical guide for country-level implementation of the Health Cluster. WHO. Geneva.

Management Sciences for Health (1997), Managing Drug Supply, 2nd edition. Kumarian Press. Bloomfield, CT., USA.

Office of the United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) (2009), Emergency Health Information System. www.unhcr.org/pages/49c3646ce0.html

Pan American Health Organization (PAHO) (2000), Natural Disasters: protecting the public's health. Scientific Publication No. 575. Washington, DC.

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

WHO (1999), Guidelines for Drug Donations, 2nd edition. Geneva.

WHO (2000), World health report 2000 – Health System: improving performance. Geneva. www.who.int/whr/2000/en/index.html

WHO 2001. Macroeconomics and health: Investing in health for economic development

WHO (2009), Model Lists of Essential Medicines. Geneva. www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html

WHO, The Interagency Emergency Health Kit: Medicines dan Medical Devices for 10,000 people for Approximately 3 Bulan, 4th edition. Geneva.

WHO dan PAHO (2001), Health Library for Disasters. Geneva. <http://helid.desastres.net/>

Pengendalian penyakit menular

Heymann, David L (2008), Control of Communicable Disease, 19th edition. American Public Health Association. Washington, DC.

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

WHO (2005), Communicable disease control in emergencies. Geneva.

WHO (2005), Malaria Control in Complex Emergencies: An Interagency Field Handbook. Geneva.

WHO (2007), Tuberculosis Care and Control in Refugee and Displaced People: An Interagency Field Manual, 2nd edition. Geneva.

Kesehatan anak

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

WHO (2005), IMCI Handbook (Integrated Management of Childhood Illness). Geneva.

WHO (2005), Pocket book of hospital care for children: Guidelines for the management of common illnesses with limited resources. Geneva.

WHO (2008), Manual for the health care of children in humanitarian emergencies. Geneva.

United Nations Children Fund (UNICEF) (2009), The State of the World's Children 2009. New York. www.unicef.org/sowc09/docs/SOWC09-FullReport-EN.pdf

Kesehatan seksual dan reproduktif

IASC (2009). Guidelines for Addressing HIV in Humanitarian Settings. www.aidsandemergencies.org/cms/documents/IASC_HIV_Guidelines_2009_En.pdf

Inter-Agency Working Group on reproductive health in Crises (2010 revision for field review), Inter-agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings.

Women's Commission for Refugee Women and Children (2006), Minimum Initial Service Package (MISP) for Reproductive Health: A Distance Learning Module. <http://misp.rhrc.org/>

WHO (2006), Pregnancy, Childbirth, Postpartum dan Newborn Care: A guide for essential practice, 2nd edition. Geneva. http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/924159084X_eng.pdf



WHO dan UNHCR (2004), *Clinical Management of Rape Survivors: Developing Protocols for use with Refugees dan Internally Displaced Orang*. Geneva
WHO, United Nations Population Fund (UNFPA) and Andalucia School of Public Health (2009), *Granada Consensus on Sexual and Reproductive Health in Protracted Crises and Recovery*. Granada, Spain.

Cedera

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

PAHO (1995, reprint 2001), *Establishing a Mass Casualty Management System*. Washington, DC. www.disasterpublications.info/english/viewtopic.php?topic=victimasma

WHO (2005), *Integrated Management for Emergency dan Essential Surgical Care tool kit: Disaster Management Guidelines*. Geneva. www.who.int/surgery/publications/Disastermanagguide.pdf

Kesehatan Jiwa

IASC (2007), *IASCGuidelines on Mental Health and Psychosocial support in Emergency Settings*. Geneva. www.humanitarianinfo.org/iasc

IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support (2010), *Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) In Humanitarian Emergencies: What Should Humanitarian Health Actors Know?* Geneva. www.who.int/mental_health/emergencies/en/

WHO (2010), *Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance Use Disorders in Non-specialized Health Settings*. Geneva. www.who.int/mental_health/

WHO, World Vision International and War Trauma Foundation (forthcoming), *Psychological First Aid Guide*. Geneva.

Penyakit tidak menular

Spiegel et al. (2010), *Health-care needs of population affected by conflict: future trends and changing frameworks*. *Lancet*, Vol 375, January 23, 2010.

WHO (2008), *The Management of Cardiovascular Disease, Diabetes, Asthma and Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Emergency and Humanitarian Settings*. Draft, 28 February 2008. Geneva.

WHO (2009), *WHO Package of Essential Non-communicable Diseases Interventions (WHO PEN)*. Geneva.

Bahan bacaan lanjutan

Perangkat hukum Internasional

Mann, J et al. (eds.) (1999), *Health and Human Rights: A Reader*. Routledge. New York.

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

Sistem kesehatan

Beaglehole, R, Bonita, R dan Kjellstrom, T (2006), Basic Epidemiology, 2nd edition. WHO. Geneva.

IASC Global Health Cluster (2010), GHC position paper: removing user fees for primary health care services during humanitarian crises. Geneva.

Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health and International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (2008), Public health guide in emergencies. Geneva. www.ifrc.org/what/health/relief/guide.asp

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

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

Perrin, P (1996), Handbook on War and Public Health. ICRC. Geneva.

WHO (2006), The Interagency Emergency Health Kit 2006. Geneva.

Pelayanan kesehatan dasar

Checchi, F and Roberts, L (2005), Interpreting and using mortality data in humanitarian emergencies. Humanitarian Practice Network. Overseas Development Institute. London. www.odihpn.org

MSF (2006), Rapid health assessment of refugee or displaced people. Paris.

SMART (2006), Measuring Mortality, Nutritional Status and Food Security in Crisis Situations: Standardized Monitoring dan Assessment of Relief and Transition. www.smartindicators.org

UNHCR (2009), UNHCR's Principles and Guidance for Referral Health Care for Refugees and Other People of Concern. Geneva. www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/search?page=search&docid=4b4c4fca9&query=referral%20guidelines

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

Pengendalian penyakit menular

Cook, G C, Manson, P dan Zumla, A I (2008), Manson's Tropical Diseases, 22nd edition. WB Saunders.

Connolly, M A et al. (2004), Communicable diseases in complex emergencies: impact and challenges. The Lancet. London.

WHO (2004), Cholera outbreak, assessing the outbreak response and improving preparedness. Geneva.

WHO (2005), Guidelines for the control of shigellosis, including epidemics due to shigella dysenteriae type 1. Geneva.

Kesehatan anak

WHO (2005), Guidelines for the management of common illnesses with limited resources. Geneva.

WHO, UNFPA, UNICEF and The World Bank Group (2003), Managing Newborn Problems: A guide for doctors, nurses, and midwives. Geneva. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241546220.pdf>



Kesehatan seksual dan reproduktif

Inter-agency Standing Committee (2006), Guidelines for Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Emergencies. Geneva.

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

UNFPA and Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Refugee Situations (2008), The Reproductive Health reproduktif Kit for Emergency Situations.

UNHCR (2006), Note on HIV/AIDS and the Protection of Refugees, IDPs dan Other People of Concern. Geneva. www.unhcr.org/444e20892.html

UNHCR (2007), Antiretroviral Medication Policy for Refugees. Geneva. www.unhcr.org/45b479642.html

UNHCR dan Southern African Clinicians Society (2007), Clinical guidelines on antiretroviral therapy management for displaced people. www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/search?page=search&docid=46238d5f2&query=art%20guidelines

UNHCR, WHO dan the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) (2009), Policy Statement on HIV Testing and Counselling in Health Facilities for Refugees, Internally Displaced People and other People of Concern to UNHCR. Geneva. www.unhcr.org/4b508b9c9.html

WHO, UNFPA, UNICEF dan The World Bank Group (2000, reprint 2007), Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives dan doctors. Geneva. http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9241545879_eng.pdf

Cedera

International Society for Prosthetics dan Orthotics (ISPO) (2001), ISPO consensus conference on appropriate orthopaedic technology for low-income countries: conclusions and recommendations. Prosthetics Orthotics International. Vol. 25, pp 168– 170.

ISPO Code of Conduct for International Non-Governmental Prosthetics, Orthotics, dan Mobility Assistance: <http://www.usispo.org/code.asp>

Landmines Survivors Network (2007), Prosthetics dan Orthotics Programme Guide: implementing P&O services in poor settings: guide for planners dan providers of services for orang in need of orthopaedic devices. Geneva.

Landmine Survivors Network (2007), Prosthetics and Orthotics Project Guide: supporting P&O services in low-income settings a common approach for organizations implementing aid projects. Geneva.

MSF (1989), Minor Surgical Procedures in Remote Areas. Paris.

WHO (1991), Surgery at the District Hospital: Obstetrics, Gynaecology, Orthopaedics dan Traumatology. Geneva.

Kesehatan jiwa

UNHCR dan WHO (2008), Rapid Assessment of Alcohol dan Other Substance Use in Conflict-affected dan Displaced Penduduk: A Field Guide. Geneva. www.who.int/mental_health/emergencies/en/

WHO (2009), Pharmacological treatment of mental disorders in primary health care. Geneva. www.who.int/mental_health/

Penyakit tidak menular

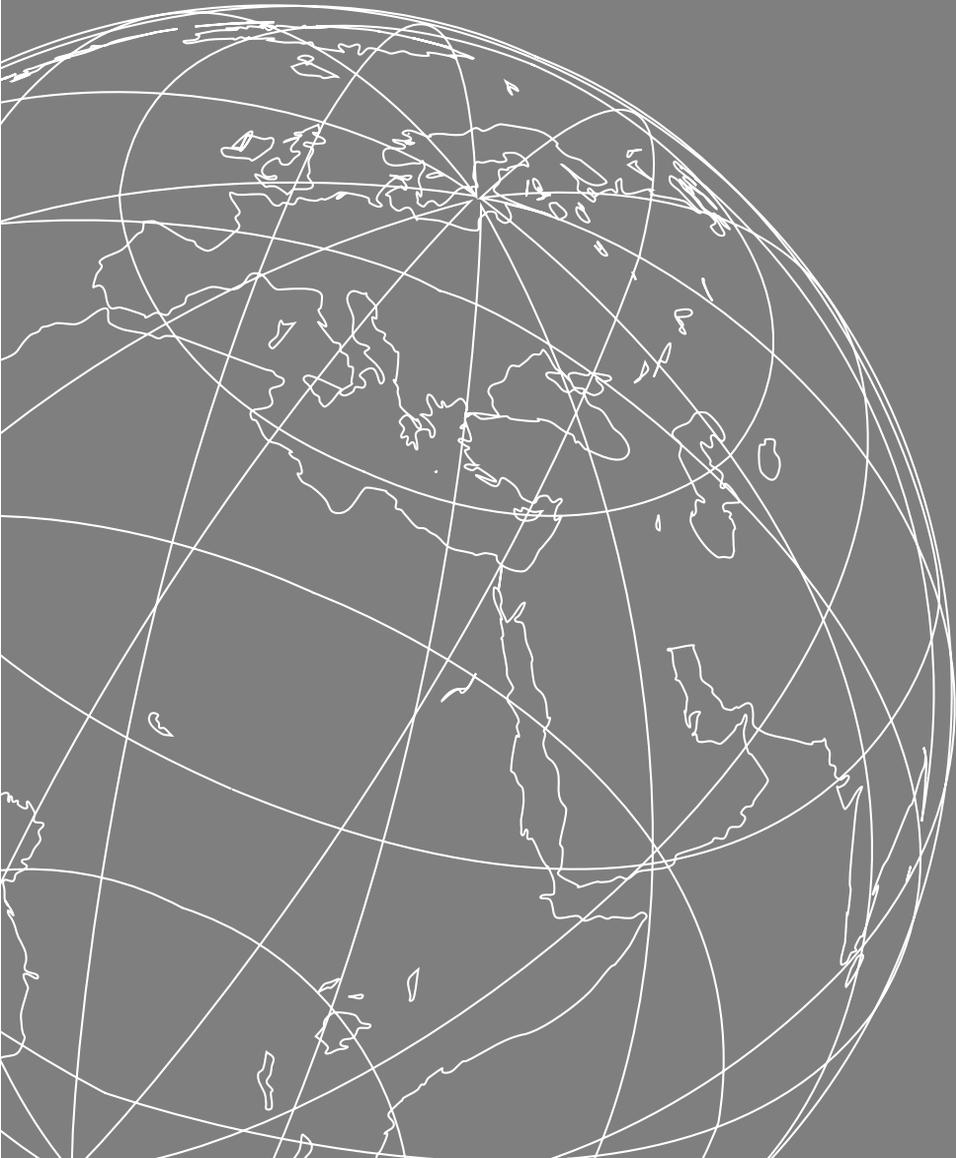
Fauci, AS et al. (eds.) (2008), Harrison's Principles of Internal Medicine, 15th edition. McGraw Hill Professional. New York.

Foster, C et al. (eds.), The Washington Manual of Medical Therapeutics, 33rd edition. Lippincott Williams & Wilkins Publishers. Philadelphia.

Tierny, LM, McPhee, SJ, Papadakis, MA (eds.) (2003), Current Medical Diagnosis dan Treatment, 42nd edition. M cGraw-Hill/Appleton & Lange. New York.



Lampiran



Lampiran 1

Dokumen Utama Mengenai Piagam Kemanusiaan

Pengantar

Piagam kemanusiaan mengemukakan kepercayaan bersama dan prinsip umum mengenai aksi dan tanggung jawab kemanusiaan dalam situasi bencana atau konflik, dan mencatat bahwa ini terefleksikan dalam hukum internasional. Daftar catatan dokumen kunci ini meliputi perangkat hukum internasional yang paling relevan berhubungan dengan hak-hak manusia internasional, hukum kemanusiaan internasional, hukum pengungsi dan aksi kemanusiaan. Ini tidak mencoba mewakili hukum dan pembangunan regional. Daftar ini juga meliputi sejumlah panduan, prinsip, standar, dan kerangka kerja lainnya yang menginformasikan piagam kemanusiaan. Karena penting sangat selektif, sumber-sumber lain dan situs dokumen-dokumen ini tersedia pada situs Proyek *Sphere*. Memiliki keterbatasan ruang, catatan diberikan hanya untuk dokumen yang kelihatannya membutuhkan pengantar atau penjelasan khusus, sebab dokumennya baru atau mempunyai bagian khusus menyangkut bencana atau konflik.

Dokumen didaftar sesuai tema, di bawah judul:

1. **Hak asasi manusia, perlindungan dan kerentanan**
2. **Konflik bersenjata dan bantuan kemanusiaan**
3. **Pengungsi dan pengungsi internal (*internally displaced persons/ IDPs*)**
4. **Bencana dan bantuan kemanusiaan**

Untuk memastikan kejelasan status setiap dokumen, maka dokumen diklasifikasikan dalam subjudul:

- (1) Perjanjian dan hukum adat (bila cocok)
- (2) Panduan dan prinsip Perserikatan Bangsa-Bangsa dan yang secara formal diadopsi dari panduan dan prinsip-prinsip antar pemerintah
- (3) Kerangka kerja kebijakan, panduan, dan prinsip kemanusiaan

1. Hak asasi manusia, perlindungan dan kerentanan

Dokumen di bawah ini terutama berelasi hak-hak asasi manusia yang dikenali dalam perjanjian dan deklarasi universal. Sejumlah dokumen kunci berhubungan dengan usia (anak dan usia lanjut), gender dan orang dengan kebutuhan khusus juga dimasukkan karena ada beberapa dasar kesamaan kerentanannya dalam bencana atau konflik.

1.1 Perjanjian dan hukum adat mengenai hak asasi manusia, perlindungan dan kerentanan

Perjanjian hukum hak asasi manusia berlaku untuk menyatakan bahwa pihak yang terikat pada perjanjian, sementara hukum adat (misalnya larangan penyiksaan) berlaku untuk semua negara. Hukum hak asasi manusia berlaku untuk segala waktu, dengan dua kemungkinan pengecualian:

- Beberapa hak-hak sipil dan politik tertentu mungkin ditangguhkan sementara kedaruratan nasional dideklarasikan, sesuai dengan Bab 4 Kovenan Internasional mengenai Hak-hak Sipil dan Politik (*International Covenant on Civil and Political Rights*) ('derogasi')
- Selama konflik bersenjata dinyatakan, hukum kemanusiaan internasional berlaku terlebih dahulu bila ada inkonsistensi dengan hukum hak asasi manusia.

1.1.1 Hak-hak asasi manusia universal

Deklarasi Universal Hak-hak Asasi Manusia (DUHAM—*Universal Declaration of Human Rights (UDHR)*), diadopsi oleh Sidang Umum PBB resolusi 217 A(III) pada 10 Desember 1948 www.un.org/en/documents/udhr/index.shtml

Dinyatakan oleh Sidang Umum PBB pada tahun 1948, DUHAM dinyatakan untuk pertama kali, hak-hak asasi manusia dasar secara universal dilindungi. Ini bukanlah suatu perjanjian, tetapi secara umum disepakati sebagai bagian hukum adat internasional. Kalimat pertama dalam mukadimah mengenalkan konsep "martabat inherent" mahluk manusia sebagai suatu dasar utama hak-hak asasi manusia, dan pada bab pertama menyatakan "Semua manusia dilahirkan bebas dan setara dalam martabat dan hak-hak."

Kovenan Internasional Hak-hak Sipil dan Politik (*International Covenant on Civil and Political Rights 1966 (ICCPR)*), diadopsi oleh resolusi Sidang Umum PBB 2200A (XXI) pada 16 Desember 1966, dilaksanakan 23 Maret 1976, Perserikatan Bangsa-Bangsa, Pakta Seri, vol. 999, hlm. 171 dan vol. 1057, hal. 407. www2.ohchr.org/english/law/ccpr.htm

Protokol Pilihan Kedua ke ICCPR 1989 (bertujuan untuk menghapus hukuman mati), diadopsi oleh Sidang Umum PBB resolusi 44/128 of 15 Desember 1989, diberlakukan 11 Juli 1991, Perserikatan Bangsa-Bangsa, Pakta Seri, vol. 1642, hlm. 414. www2.ohchr.org/english/law/ccpr-death.htm

Setiap negara yang menandatangani ICCPR harus menghargai dan memastikan hak setiap orang dalam negara mereka atau dalam yurisdiksinya, sambil menyadari hak orang-orang untuk menentukan sendiri dan kesetaraan hak laki-laki dan perempuan. Beberapa hak-hak (ditandai dengan tanda bintang*) mungkin tidak pernah ditunda, meskipun dalam situasi kedaruratan nasional.

Hak-hak: hak untuk hidup*; tidak ada penyiksaan atau tindakan kejam lain, tidak manusiawi atau merendahkan*; tidak ada perbudakan*; tidak ada penahanan atau penangkapan sewenang-wenang; kemanusiaan dan martabat dalam penahanan; tidak ada penahanan karena pemutusan kontrak*; kebebasan berpindah dan bertempat tinggal; hanya pengusiran orang asing berdasarkan hukum; kesetaraan di depan hukum, pengadilan yang adil dan anggapan tidak bersalah dalam pengadilan kriminal; tidak ada gugatan kriminal masa lalu*; kesetaraan di depan hukum*; kehidupan pribadi; bebas berpikir, beragama dan berkesadaran*; bebas berpendapat dan berkumpul secara damai; bebas berkumpul; hak untuk menikah dan kehidupan keluarga; perlindungan anak; hak untuk memilih dan terlibat dalam kegiatan publik; hak minoritas untuk menikmati budayanya, agama dan bahasa.*

Kovenan Internasional Hak-hak Ekonomi, Sosial dan Budaya (*International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights 1966, ICESCR*), diadopsi oleh Sidang Umum PBB resolusi 2200A (XXI) 16 Desember 1966, diberlakukan pada tanggal 3 Januari 1976, Perserikatan Bangsa-Bangsa, Pakta Seri, vol. 993, hlm. 3 www2.ohchr.org/english/law/cescr.htm

Negara-negara bersepakat melibatkan sumber-sumber yang mereka punyai secara maksimal untuk memenuhi hak-hak dalam kovenan secara progresif, agar dinikmati secara setara oleh laki-laki dan perempuan.

Hak-hak: untuk bekerja, menerima imbal jasa yang adil; bergabung dalam serikat pekerja; untuk mempunyai keamanan sosial/asuransi; termasuk perlindungan untuk ibu-ibu setelah melahirkan dan perlindungan anak dari eksploitasi; untuk mempunyai penghidupan yang layak, termasuk pangan, sandang dan perumahan, akses pada kesehatan fisik dan jiwa; terhadap pendidikan dan terlibat dalam kehidupan budaya dan menikmati kebaikan kemajuan ilmu dan budaya.

Konvensi Internasional Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi Rasial (*International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination 1969, ICERD*), diadopsi oleh Sidang Umum PBB resolusi 2106 (XX) pada tanggal 21 Desember 1965, diberlakukan pada tanggal 4 Januari 1969, Perserikatan Bangsa-Bangsa, Pakta Seri, vol. 660, hlm. 195. www2.ohchr.org/english/law/cerd.htm

Konvensi Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi terhadap Perempuan (*Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women 1979, CEDAW*), diadopsi oleh Sidang Umum PBB resolusi 34/180 pada tanggal 18 Desember 1979, diberlakukan sejak tanggal 3 September 1981, Perserikatan Bangsa-Bangsa, Pakta Seri, vol. 1249, hlm. 13. www2.ohchr.org/english/law/cedaw.htm

Konvensi Hak-hak Anak (*Convention on the Rights of the Child 1989, CRC*), diadopsi oleh Sidang Umum PBB resolusi 44/25 pada tanggal 20 November 1989, diberlakukan sejak tanggal 2 September 1990, Perserikatan Bangsa-Bangsa, Pakta Seri, vol. 1577, hlm. 3. www2.ohchr.org/english/law/crc.htm

Protokol Opsional mengenai Pelibatan Anak dalam Konflik Bersenjata (*Optional Protocol on the involvement of children in armed conflict 2000*), diadopsi oleh Sidang Umum PBB resolusi A/RES/54/263 pada tanggal 25 Mei 2000, diberlakukan sejak tanggal 12 February 2002, Perserikatan Bangsa-Bangsa, Pakta Seri, vol. 2173, hlm. 222. www2.ohchr.org/english/law/crc-conflict.htm

Protokol Opsional mengenai Penjualan Anak, Pelacuran Anak, dan Pornografi Anak (*Optional Protocol on the sale of children, child prostitution and child pornography 2000*), diadopsi oleh Sidang Umum PBB resolusi A/RES/54/263 pada tanggal 25 May 2000, mulai diberlakukan sejak tanggal 18 Januari 2002, Perserikatan Bangsa-Bangsa, Pakta Seri, vol. 2171, hlm. 227. www2.ohchr.org/english/law/crc-sale.htm

CRC paling diterima oleh semua negara. Ini menyatakan ulang hak-hak dasar anak dan mengidentifikasi bilamana mereka membutuhkan perlindungan khusus (misalnya bila terpisah dari keluarganya). Protokol membutuhkan aksi positif untuk isu perlindungan anak yang khusus dari negara.

Konvensi Hak-hak Orang yang Berkebutuhan Khusus (*Convention on the Rights of Persons with Disabilities 2006, CRPD*), diadopsi oleh Sidang Umum PBB resolusi A/RES/61/106 pada tanggal 13 Desember 2006, diberlakukan sejak tanggal 3 May 2008, Pakta Perserikatan Bangsa-Bangsa Collection, Chapter IV, 15. www2.ohchr.org/english/law/disabilities-convention.htm

CRPD mendukung hak-hak orang-orang yang berkebutuhan khusus dalam semua pakta hak-hak asasi manusia, juga ketika berkaitan dengan peningkatan

kesadaran mengenai kebutuhan khusus (kecacatan) , non-diskriminasi dan akses terhadap pelayanan dan sarana-sarana. Ada juga perhatian khusus “situasi berisiko dan kedarutan kemanusiaan.” (Bab 11).

1.1.2 Genosida, penyiksaan, dan pelanggaran kriminal hak-hak

Konvensi mengenai Pencegahan dan Penghukuman Genosida Kriminal (*Convention on the Prevention and Punishment of the Crime of Genocide 1948*), diadopsi oleh Sidang Umum PBB Resolusi 260 (III) pada tanggal 9 Desember 1948, diberlakukan sejak tanggal 12 Januari 1951, Perserikatan Bangsa-Bangsa, Pakta Seri, vol. 78, hlm. 277 www2.ohchr.org/english/law/genocide.htm

Konvensi terhadap Penyiksaan dan Segala Bentuk Kekejaman, Perlakuan Tidak Manusiawi atau Merendahkan (*Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment 1984*) diadopsi oleh Sidang Umum PBB resolusi 39/46 pada tanggal 10 Desember 1984, diberlakukan sejak tanggal 26 June 1987, Perserikatan Bangsa-Bangsa, Pakta Seri, vol. 1465, hlm. 85. www2.ohchr.org/english/law/cat.htm

Konvensi ini ditandatangani oleh banyak negara. Larangan penyiksaan sekarang secara umum dikenal sebagai bagian dari pakta hukum internasional. Tidak ada kedaruratan masyarakat atau perang yang dapat menjadi pembenaran penyiksaan. Negara-negara harus tidak memulangkan paksa seseorang dari suatu wilayah bila orang itu mempunyai alasan yang mendasar, yang percaya bahwa ia akan mendapat bahaya disiksa.

Pengadilan Kriminal Internasional Status Roma (*Rome Statute of the International Criminal Court*), diadopsi oleh Konferensi Diplomat di Roma, 17 Juli 1998, diberlakukan sejak tanggal 1 Juli 2002, Perserikatan Bangsa-Bangsa, Pakta Seri, vol. 2187, hlm. 3. www.icrc.org/ihl.nsf/INTRO/585?OpenDocument

Bab 9 Status (Elemen Kriminalitas) diadopsi oleh Pengadilan Kriminal Internasional (*the International Criminal Court, ICC*) pada tahun 2002, menjelaskan secara terperinci kriminalitas dalam perang, kriminalitas terhadap kemanusiaan dan genosida, jadi mengkodifikasi banyak hukum kriminal internasional. ICC dapat menyelidiki dan memutuskan hal-hal berkaitan dan merujuknya pada Dewan Keamanan Perserikatan Bangsa-Bangsa (bahkan bila negara asal orang yang tertuduh bukan bagian dari Pakta), juga bila tindakan kriminal dilakukan oleh warga negara anggota Pakta, atau ada dalam wilayah mereka.

1.2 Perserikatan Bangsa-Bangsa dan prinsip-prinsip dan panduan antar pemerintah yang diadopsi secara formal lainnya mengenai hak asasi manusia, perlindungan dan kerentanan

Hak-hak asasi manusia

Rencana Aksi Internasional Madrid mengenai Lanjut Usia 2002, Sidang Sedunia PBB mengenai Lanjut Usia, Madrid, 2002, disetujui oleh Sidang Umum PBB resolusi 37/51 pada tanggal 3 Desember 1982.

www.globalaging.org/agingwatch/events/CSD/mipaa+5.htm

Prinsip-prinsip untuk Orang-orang Lanjut Usia Perserikatan Bangsa-Bangsa 1991, Sidang Umum PBB Resolusi 46/91 pada tanggal 16 Desember 1991.

www2.ohchr.org/english/law/olderpersons.htm

1.3 Kerangka kerja kebijakan kemanusiaan, panduan dan prinsip-prinsip mengenai hak asasi manusia, perlindungan dan kerentanan

Melindungi Orang-orang yang terkena Bencana Alam: Panduan Operasional IASC mengenai Hak-hak Asasi dan Bencana Alam: *Inter-Agency Standing Committee*. www.humanitarianinfo.org/iasc/pagelader.aspx

Hukum dan Standar-standar Internasional Diterapkan dalam Situasi Bencana Alam (Pegangan Hukum IDLO) 2009, *International Development Law Organization (IDLO)*. www.idlo.int/DOCNews/352doc.pdf²

Prinsip-prinsip panduan antar lembaga mengenai anak yang tidak didampingi dan terpisah 2002, dikembangkan oleh ICRC, Komisi Tinggi PBB untuk Pengungsi (*the UN High Commissioner for Refugees, UNHCR*), *the UN Children's Fund (UNICEF)*, *World Vision International*, *Save the Children UK* dan *the International Rescue Committee, 2009*.

www.icrc.org

Buku Pegangan Gender dalam Upaya Kemanusiaan 2006, *Inter-Agency Standing Committee*.

www.humanitarianinfo.org/iasc/pagelader.aspx?page=content-subsidi-tf_gender-genderh

² Sudah diterjemahkan oleh Masyarakat Penanggulangan Bencana Indonesia dengan judul yang sama.

Panduan IASC mengenai Kesehatan Jiwa dan Dukungan Psikososial dalam Kedaruratan 2007, *Inter-Agency Standing Committee*.

www.humanitarianinfo.org/iasc/pagelader.aspx?page=content-subsidi-tf_mhps-default

Standar Minimum INEE untuk Pendidikan: Kesiapsiagaan, Tanggap Darurat dan Pemulihan (2010), *Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE)* (secara formal dikenal sebagai standar pendamping *Sphere* sejak tahun 2008). http://www.ineesite.org/index.php/post/know_updated_inee_minimum_standards_handbook/

2. Konflik Bersenjata, Hukum Kemanusiaan Internasional, dan Bantuan kemanusiaan

2.1 Perjanjian dan hukum mengenai konflik bersenjata, hukum kemanusiaan internasional, dan bantuan kemanusiaan

Hukum kemanusiaan internasional (*International humanitarian law, IHL*) memerinci ambang batas bilamana konflik kekerasan menjadi konflik bersenjata dan membuat kerangka hukum khusus dapat diterapkan. Komite Internasional Palang Merah (*The International Committee of the Red Cross, ICRC*) adalah penyimpan kesepakatan-kesepakatan hukum kemanusiaan internasional dan memberikan informasi serta sumber yang luas di situsnya (www.icrc.org), termasuk komentar resmi mengenai Konvensi dan Protokol Jenewa dan peraturan-peraturan studi hukum kesepakatan kemanusiaan internasional.

2.1.1 Perjanjian-perjanjian utama inti hukum kemanusiaan internasional

Empat Konvensi Jenewa 1949

Protokol Tambahan Konvensi Jenewa, Perlindungan Korban Konflik Bersenjata Internasional 1977 (Protokol I)

Protokol Tambahan Konvensi Jenewa, Perlindungan Korban Kekerasan Bersenjata Non-Internasional (Protokol II)

www.icrc.org/ihl.nsf/CONVPRES?OpenView

Keempat Konvensi Jenewa – di mana semua negara menerimanya sebagai bagian dari kesepakatan – memerhatikan perlindungan dan penanganan orang-orang terluka dan sakit di daratan tempat perang (I), dan di laut (II), penanganan tahanan perang (III), dan perlindungan orang sipil selama konflik bersenjata (IV). Ini terutama diterapkan dalam konflik bersenjata internasional, kecuali Bab 3, pada konvensi-konvensi yang memerhatikan konflik non-internasional. Kedua protokol 1977 memperbarui protokol konvensi pada waktu

itu, khususnya definisi pihak bersenjata dan mengkodifikasi konflik-konflik non-internasional. Sejumlah negara belum menandatangani protokol ini.

2.1.2 Pakta mengenai pembatasan atau pelarangan senjata dan kekayaan budaya

Sebagai tambahan hukum Jenewa di atas, juga ada badan hukum yang sering dijelaskan sebagai hukum Hague mengenai konflik bersenjata. Ini meliputi perlindungan kekayaan budaya dan sejumlah konvensi mengenai jenis-jenis senjata yang dibatasi atau dilarang, termasuk gas dan senjata kimia dan biologi, senjata konvensional yang tidak pilih orang atau menyebabkan penderitaan yang tidak perlu, juga landmines dan cluster munitions.

www.icrc.org/ihl.nsf

2.1.3 Kesepakatan hukum kemanusiaan internasional

Kesepakatan hukum kemanusiaan internasional merujuk pada hukum konflik bersenjata yang diterima oleh negara, melalui penyertaan, kebijakan dan praktik-praktis yang menunjukkan aturan kesepakatan yang diterapkan oleh semua negara, apa pun status penerimaan mereka terhadap hukum kemanusiaan internasional. Tidak ada daftar yang disepakati mengenai kesepakatan ini, namun interpretasi yang paling otoritatif adalah tulisan di bawah.

Customary International Humanitarian Law (CIHL) Study, ICRC, Henckaerts, J-M and Doswald-Beck, L, Cambridge University Press, Cambridge & New York, 2005.

www.icrc.org/ihl.nsf/INTRO/612?OpenDocument

Studi ini meliputi hampir semua batas-batas hukum konflik bersenjata. Ada daftar 161 aturan khusus dan penjelasan penetapannya pada konflik bersenjata internasional dan/atau konflik bersenjata non-internasional. Walaupun ada beberapa komentator hukum mengkritik metodologinya, studi ini muncul dari proses konsultasi luas dan riset mendalam selama sepuluh tahun, dan otoritasnya sebagai suatu interpretasi kesepakatan khusus secara umum diakui.

2.2 Prinsip-prinsip dan Panduan PBB dan antar pemerintahan yang secara formal diadopsi mengenai konflik bersenjata, hukum kemanusiaan internasional, dan bantuan kemanusiaan

UN Security Council 'Aide Memoire' on Protection 2002, diperbarui tahun 2003 (S/PRST/2003/27).

www.un.org/Docs/journal/asp/ws.asp?m=S/PRST/2003/27

Ini bukan suatu resolusi yang mengikat negara-negara, namun suatu dokumen

panduan untuk Dewan Keamanan PBB berkaitan dengan pemeliharaan perdamaian dan situasi mendesak dalam konflik, hasil konsultasi lembaga-lembaga PBB dan IASC.

UN Security Council Resolution on sexual violence and women in armed conflict, especially resolution numbers 1820 (2008), 1888 (2009) and 1889 (2009)

Semua resolusi Dewan Keamanan PBB berdasarkan tahun dan nomor: www.un.org/documents/scres.htm

2.3 Kerangka kebijakan kemanusiaan, panduan dan prinsip-prinsip mengenai konflik bersenjata, hukum kemanusiaan internasional dan bantuan keamanan.

Standar profesional mengenai perlindungan yang dilakukan pelaku kemanusiaan dan hak-hak asasi manusia dalam situasi konflik bersenjata dan situasi lainnya 2009, ICRC,.

www.icrc.org

3. Pengungsi dan Pengungsi Internal (*internally displaced persons/IDPs*)

UNHCR – lembaga pengungsi PBB – mempunyai mandat hukum khusus untuk melindungi pengungsi berdasarkan Konvensi dan Protokol Pengungsi. UNHCR juga dimandatkan oleh Sidang Umum PBB untuk menjembatani negara-negara untuk perlindungan pengungsi internal. UNHCR mempunyai sumber yang luas di situsnya.

3.1 Perjanjian mengenai pengungsi dan pengungsi internal

Sebagai tambahan perjanjian internasional, bagian ini memasukkan dua perjanjian Uni Afrika (*African Union*, dulu *Organization of African Unity*, atau *OAU*), karena keduanya menjadi preseden bersejarah.

Konvensi berkaitan Status Pengungsi 1951 (yang diamandemenkan), diadopsi oleh Konferensi Plenipotensialitas Perserikatan Bangsa-Bangsa mengenai Status Pengungsi dan Orang-orang Tanpa Kewarganegaraan, Geneva, 2 sampai 25 Juli 1951, diberlakukan sejak tanggal 22 April 1954, Perserikatan Bangsa-Bangsa, Pakta Seri, vol. 189, hlm. 137.

Protokol berkaitan dengan Status Pengungsi 1967, dicatat oleh Sidang Umum PBB, dalam resolusi 2198 (XXI) 2 of 16 Desember 1966, Perserikatan Bangsa-Bangsa, Pakta Seri, vol. 606, hlm. 267.

www.unhcr.org/protect/PROTECTION/3b66c2aa10.pdf

Kesepakatan internasional pertama mengenai pengungsi mendefinisikan pengungsi sebagai seseorang yang memiliki ketakutan yang dapat ditemukan untuk dianiaya karena alasan-alasan ras, agama, kebangsaan, keanggotaan dalam kelompok sosial atau pendapat politik, di luar negara kebangsaannya, dan tidak dapat atau ketakutan, yang tidak mau menyediakan perlindungan dirinya dari negara atau pulang karena ada ketakutan dianiaya.

Konvensi OAU mengenai aspek khusus masalah pengungsi di Afrika 1969, diadopsi oleh para Pemimpin Negara dan Pemerintah pada Sesi Umum keenam, Addis Ababa, 10 September 1969. www.unhcr.org/45dc1a682.html

Ini menerima dan meluaskan definisi konvensi 1951 untuk memasukkan orang yang dipaksa meninggalkan negaranya tidak hanya sebagai suatu hasil penganiayaan, tetapi berkaitan dengan agresi dari luar, dominasi negara asing atau peristiwa serius yang mengganggu ketertiban umum. Ini juga mengakui kelompok-kelompok non-negara sebagai pelaku penganiayaan dan pengungsi tidak perlu menunjukkan hubungan langsung antara dirinya dan bahaya masa mendatang.

African Union Convention for the Protection and Assistance of Internally Displaced Persons in Africa (Kampala Convention) 2009, diadopsi oleh Pertemuan Puncak Uni Afrika, diselenggarakan di Kampala, Uganda, 22 Oktober 2009, belum berlaku hingga Oktober 2010. www.unhcr.org/4ae9bede9.html

Ini konvensi multilateral pertama mengenai pengungsi internal. Ini awalnya ditandatangani oleh 17 negara anggota AU pada bulan Oktober 2009, namun membutuhkan 15 tambahan/ratifikasi formal untuk diberlakukan.

3.2 Prinsip-prinsip dan Panduan PBB dan antar negara lainnya yang secara formal diadopsi mengenai pengungsi dan pengungsi internal.

Prinsip Panduan mengenai Pengungsi Internal 1998, diakui pada bulan September 2005 oleh kepala negara dan pemerintah yang mengikuti Sidang Umum PBB di New York resolusi 60/L.1 (132, UN Doc. A/60/L.1) sebagai kerangka internasional penting untuk perlindungan pengungsi internal. www.idpguidingprinciples.org/

Prinsip-prinsip ini berdasarakan hukum kemanusiaan internasional dan hukum hak asasi manusia serta hukum pengungsi yang dimaksudkan sebagai standar internasional yang memandu pemerintah, lembaga-lembaga internasional dan pelaku lainnya yang relevan dalam memberikan bantuan dan perlindungan kepada pengungsi internal.

4. Bencana dan Bantuan Kemanusiaan

4.1 Perjanjian mengenai bencana dan bantuan kemanusiaan

Konvensi mengenai Keamanan Perserikatan Bangsa-Bangsa dan Petugas yang Berkaitan 1994, diadopsi oleh Sidang Umum PBB resolusi 49/59 of 9 Desember 1994, diberlakukan sejak tanggal 15 Januari 1999, Perserikatan Bangsa-Bangsa, Pakta Seri, vol. 2051, hlm. 363. www.un.org/law/cod/safety.htm

Protokol tambahan Konvensi mengenai Keamanan Perserikatan Bangsa-Bangsa dan Petugas yang Berkaitan 2005, diadopsi oleh Sidang Umum PBB resolusi A/60/42 of 8 Desember 2005, diberlakukan sejak tanggal 19 Agustus 2010. ocha.unog.ch/drptoolkit/PNormativeGuidanceInternationalConventions.html#UNSpecificConventions

Sebagai konvensi, perlindungan terbatas pada pemelihara perdamaian PBB, kecuali PBB menyatakan 'risiko perkecualian' – suatu syarat tidak praktis protokol memperbaiki kesalahan utama konvensi dan meluaskan perlindungan hukum kepada semua kegiatan PBB, dari bantuan darurat kemanusiaan ke perdamaian dan penyaluran bantuan kemanusiaan, politik, dan pembangunan.

Konvensi Bantuan Pangan 1999, suatu perangkat hukum terpisah di bawah Konvensi Perdagangan Biji-bijian (*the Grains Trade Convention*) 1995, yang dikelola oleh Komite Bantuan Pangan (*the Food Aid Committee*) melalui Sekretariat Dewan Biji-bijian Internasional (*the Secretariat of the International Grains Council/IGC*).

Konvensi Tampere mengenai Pemberian Sumber-sumber Telekomunikasi untuk 2Bencana dan Operasi Tanggap Darurat (*Convention on the Provision of Telecommunication Resources for Disaster Mitigation and Relief Operations*) 1998, disetujui oleh Konferensi Antar Pemerintah mengenai Telekomunikasi Darurat (*the Intergovernmental Conference on Emergency Telecommunications*) 1998, diberlakukan sejak tanggal 8 Januari 2005, Perserikatan Bangsa-Bangsa, Pakta Seri, vol. 2296, hlm. 5. www.unhcr.org/refworld/publisher/ICET98...41dec59d4.0.html

Kerangka Kerja PBB Konvensi mengenai Perubahan Iklim (*UN Framework Convention on Climate Change 1992, UNFCCC*), diadopsi oleh Konferensi Perserikatan Bangsa-Bangsa mengenai Lingkungan dan Pembangunan (*UN Conference on Environment and Development*), Rio de Janeiro, 4 sampai 14 Juni 1992, disambut oleh Sidang Umum PBB dalam resolusi 47/195 of 22 Desember 1992, diberlakukan mulai 21 Maret 1994, Perserikatan Bangsa-Bangsa, Pakta Seri, vol. 1771, hlm. 107. http://unfccc.int/essential_background/convention/items/2627.php

Protokol Kyoto UNFCCC 1997, diadopsi pada sesi ketiga Konferensi Kerangka Kerja Konvensi, Jepang pada 11 Desember 1997 dan diberlakukan mulai 16 Februari 2005, Perserikatan Bangsa-Bangsa, Pakta Seri, vol. 2303, hlm. 148. http://unfccc.int/essential_background/kyoto_protocol/items/1678.php

UNFCCC dan Protokol Kyoto menyatakan kebutuhan mendesak untuk melaksanakan strategi adaptasi dan pengurangan risiko perubahan iklim, membangun kemampuan dan ketangguhan lokal, khususnya di negara-negara yang rentan terhadap bencana alam. Ini juga menekankan strategi pengurangan risiko bencana dan manajemen risiko, khususnya berkaitan dengan perubahan iklim.

4.2 Prinsip-prinsip dan panduan PBB dan antar pemerintah yang secara formal diadopsi mengenai bencana dan bantuan kemanusiaan

Penguatan koordinasi bantuan darurat kemanusiaan Perserikatan Bangsa-Bangsa, dengan lampiran, Prinsip Panduan, Resolusi Sidang Umum 46/182 pada tanggal 19 Desember 1991.

www.reliefweb.int/ocha_ol/about/resol/resol_e.html

Ini mengarahkan pembentukan (Departemen PBB untuk Urusan Kemanusiaan (*UN Department of Humanitarian Affairs*) yang menjadi Kantor PBB untuk Koordinasi Urusan Kemanusiaan (*the UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs/OCHA*)) pada tahun 1998.

Kerangka Aksi Hyogo 2005-2015: Membangun Ketangguhan Negara dan Komunitas terhadap Bencana³ (*Hyogo Framework for Action 2005–2015: Building the resilience of nations and communities to disasters*), diadopsi oleh Konferensi Sedunia mengenai Pengurangan Bencana (*the World Conference on Disaster Reduction*) 2005.

www.unisdr.org/eng/hfa/hfa.htm

Kerangka ini menetapkan strategi negara-negara dan lembaga-lembaga kemanusiaan untuk memadukan pengurangan risiko bencana ke dalam program-program tanggap darurat, pemulihan dan kesiapsiagaan, memadukannya ke dalam pembangunan berkelanjutan dan membangun kemampuan untuk ketangguhan.

Panduan Fasilitasi Domestik dan Aturan Bantuan Tanggap Darurat dan Pemulihan Awal Internasional (*Guidelines for the domestic facilitation and regulation of international disaster relief and initial recovery assistance*), (*IDRL Guidelines*) 2007, diadopsi dalam Konferensi Internasional ke-30

³ Diterjemahkan dan dipublikasikan oleh Masyarakat Penanggulangan Bencana Indonesia pada tahun 2005, menjadi alat advokasi pengurangan risiko bencana, kemudian diadopsi oleh BAP-PENAS menjadi Rencana Aksi Nasional Pengurangan Risiko Bencana 2006-2009, dilanjutkan dengan RAN PRB 2010-2012. (catatan penerjemah, hil)

Palang Merah dan Bulan Sabit Merah (*the 30th International Conference of the Red Cross and Red Crescent*) (yang melibatkan negara-negara yang menandatangani Konvensi-konvensi Jenewa)
www.ifrc.org/what/disasters/idrl/index.asp

4.3 Kerangka kebijakan kemanusiaan, panduan dan prinsip-prinsip bantuan kebencanaan dan kemanusiaan.

Kode Perilaku Gerakan Palang Merah dan Bulan Sabit Merah Sedunia dan Organisasi-organisasi Non-Pemerintah dalam Tanggap Darurat Bencana (*Code of Conduct for The International Red Cross and Red Crescent Movement and Non-Governmental Organisations, NGOs*) in Disaster Relief (Lihat Lampiran 2: Kode Perilaku)

Prinsip dasar Gerakan Palang Merah dan Bulan Sabit Merah Sedunia (*Fundamental Principles of the International Red Cross and Red Crescent Movement*) 1965, diadopsi oleh Konferensi Internasional ke-20 Palang Merah Internasional (*the 20th International Conference of the Red Cross*).
www.ifrc.org/what/values/principles/index.asp

Standar-standar HAP dalam Akuntabilitas Kemanusiaan (*Standards in Humanitarian Accountability*) 2007, HAP = *Humanitarian Accountability Partnership* (suatu badan swa-atur internasional untuk sektor kemanusiaan, termasuk sertifikasi)
www.hapinternational.org

Prinsip-prinsip dan Praktik yang Baik mengenai Kedonoran Kemanusiaan (*Principles and Good Practice of Humanitarian Donorship*) 2003, disahkan oleh Konferensi Stockholm negara-negara Donor, Lembaga-lembaga PBB, NGO, Gerakan Palang Merah dan Bulan Sabit Merah Sedunia, dan ditandatangani oleh Komisi Eropa dan 16 Negara. www.goodhumanitariandonorship.org

Prinsip-prinsip Kemitraan: Suatu Pernyataan Komitmen 2007 (*Principles of Partnership: A Statement of Commitment 2007*), disahkan pada bulan Juli 2007 Pertemuan *Global Humanitarian Platform* (suatu mekanisme dialog antara PBB dan Lembaga kemanusiaan non-PBB).
www.globalhumanitarianplatform.org/ghp.html

Lampiran 2

Kode Etik Gerakan Palang Merah dan Bulan Sabit Merah Sedunia dan Organisasi Non-Pemerintah (ORNOP) Kemanusiaan

Disiapkan bersama-sama oleh Gerakan Palang
Merah dan Bulan Sabit Merah Sedunia (IFRC)
dan Komite Palang Merah Sedunia (ICRC)⁴

⁴ Disponsori oleh: Caritas Internationalis*, Catholic Relief Services*, The International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies*, International Save the Children Alliance*, Lutheran World Federation*, Oxfam*, The World Council of Churches*, The International Committee of the Red Cross (*anggota Steering Committee for Humanitarian Response).

Tujuan

Kode etik ini bertujuan untuk menjaga standar-standar perilaku kami. Ini bukan merupakan rincian operasional, seperti bagaimana harus menghitung ransum makanan atau membuat suatu kamp pengungsi. Lebih daripada itu, kode perilaku ini bertujuan untuk mempertahankan standar-standar kemandirian, keefektifan, dan dampak yang tinggi yang menjadi aspirasi LSM-LSM dan Gerakan Palang Merah dan Bulan Sabit Merah sedunia yang melakukan respons bencana. Ini merupakan kode etik yang bersifat sukarela, dilaksanakan dengan kesadaran oleh organisasi-organisasi yang menerimanya untuk menjaga standar-standar yang ditetapkan dalam Kode Etik.

Dalam situasi konflik bersenjata, Kode Etik ini akan ditafsirkan dan diterapkan sesuai dengan hukum kemanusiaan internasional.

Kode Etik dipaparkan terlebih dahulu. Kemudian disertakan tiga lampiran yang menjelaskan lingkungan kerja yang kami harapkan dapat diciptakan oleh Pemerintah-pemerintah Nasional, Pemerintah-pemerintah Negara Penyandang Dana dan Organisasi Antar Negara dalam mendorong penyampaian bantuan kemanusiaan yang efektif.

Definisi

ORNOP atau LSM: ORNOP (Organisasi Non-Pemerintah) atau LSM (Lembaga Swadaya Masyarakat) adalah lembaga, baik nasional maupun internasional, yang keberadaannya terpisah dari pemerintah negara tempat ia didirikan.

NGHA: untuk kepentingan naskah ini, istilah *Non-Governmental Humanitarian Agencies/NGHA* [Lembaga Kemanusiaan Non-Pemerintah] telah dibuat untuk mencakup komponen-komponen dari Gerakan Palang Merah dan Bulan Sabit Merah Sedunia (*International Red Cross and Red Crescent*) – Komite Internasional Palang Merah (*The International Committee of the Red Cross*), Federasi Masyarakat Palang Merah dan Bulan Sabit Merah Sedunia (*The International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies*) dan Palang Merah Nasional sebagai anggotanya – dan ORNOP seperti didefinisikan di atas. Kode etik ini ditujukan khusus untuk para NGHA yang terlibat dalam respons bencana.

IGO: *Inter-Governmental Organisations/IGO* [Lembaga-lembaga Antar Negara] adalah lembaga-lembaga yang didirikan oleh dua pemerintah atau lebih. Oleh sebab itu, ia meliputi pula semua lembaga PBB dan organisasi regional.

Bencana: adalah suatu peristiwa malapetaka yang mengakibatkan hilangnya nyawa, penderitaan dan kesusahan manusia yang besar, dan kerusakan material yang berskala besar.

Kode Etik

Kode Etik Gerakan Palang Merah dan Bulan Sabit Merah Sedunia dan ORNOP Kemanusiaan

1. Amanah kemanusiaan diutamakan terlebih dahulu.

Hak untuk memperoleh bantuan kemanusiaan, dan untuk menawarkannya, merupakan suatu prinsip kemanusiaan mendasar yang harus dinikmati oleh semua warga negara dari semua negara. Sebagai anggota dari komunitas internasional, kami menyadari kewajiban kami untuk memberikan bantuan kemanusiaan di mana pun dibutuhkan.

Oleh sebab itu, kebutuhan untuk bisa menjangkau penduduk yang terkena dampak bencana tanpa terhalangi sangat mendasar dalam melaksanakan tanggung jawab tersebut. Motivasi kami yang paling utama dalam melakukan respons bencana adalah untuk meringankan penderitaan mereka yang paling kurang mampu untuk menanggung tekanan yang diakibatkan oleh bencana. Ketika kami memberikan bantuan kemanusiaan, tindakan ini bukanlah suatu tindakan keberpihakan atau tindakan politik dan seharusnya tidak dipandang seperti itu pula.

2. Bantuan diberikan tanpa memandang ras, kepercayaan, atau kebangsaan dari penerima dan tanpa membeda-bedakan atas dasar apa pun yang akan merugikan. Prioritas kebutuhan ditentukan semata-mata berdasarkan pada kebutuhan.

Sedapat mungkin kami akan mendasarkan pemberian bantuan darurat pada suatu kajian yang saksama tentang kebutuhan mereka yang menjadi penduduk terkena bencana dan kemampuan setempat yang ada untuk memenuhi kebutuhan tersebut. Dalam keseluruhan program kami, kami akan mencerminkan pertimbangan akan perlunya keseimbangan. Penderitaan manusia harus diringankan di mana saja penderitaan itu dijumpai; hidup di satu bagian suatu negara sama berharganya dengan hidup di bagian lain di negara itu. Oleh sebab itu, pemberian bantuan akan mencerminkan tingkat penderitaan yang diupayakan untuk diatasi. Dalam menerapkan pendekatan ini, kami menyadari peran penting yang diemban oleh perempuan dalam masyarakat yang rawan bencana dan akan memastikan bahwa peran ini akan didukung dan tidak dikurangi oleh program-program bantuan kami. Penerapan dari kebijaksanaan yang universal, tidak berpihak, dan mandiri seperti itu hanya dapat efektif jika kami dan mitra-mitra kami memiliki akses pada sumber daya-sumber daya yang diperlukan untuk menyediakan bantuan yang berkeadilan, dan memiliki akses merata kepada semua penduduk terkena bencana.

3. Bantuan tidak akan digunakan untuk mewakili kepentingan politik atau keagamaan tertentu.

Bantuan kemanusiaan akan diberikan sesuai kebutuhan dari setiap orang-perorangan, keluarga, dan masyarakat. Meskipun NGHHA mempunyai hak untuk mempunyai pendapat politik atau keagamaan tertentu, kami menegaskan bahwa bantuan yang kami berikan tidak akan berdasarkan kepada kepatuhan penerima bantuan terhadap pendapat-pendapat tersebut. Kami tidak akan membuat janji, pengiriman, atau distribusi bantuan dengan tuntutan agar penerima memercayai atau menerima keyakinan politik dan agama tertentu.

4. Kami akan berusaha untuk tidak bertindak sebagai peranti politik luar negeri pemerintah kami.

NGHHA adalah lembaga-lembaga yang bertindak secara mandiri dari pemerintah. Oleh sebab itu, kami menyusun kebijakan dan strategi pelaksanaan kami sendiri dan tidak berusaha untuk melaksanakan kebijakan pemerintah mana pun, kecuali sejauh itu sesuai dengan kebijakan kami sendiri yang mandiri. Kami tidak akan membiarkan diri kami sendiri, atau pegawai kami –baik secara sadar maupun karena kelalaian– untuk dimanfaatkan guna memperoleh informasi yang bersifat peka tentang politik, militer, ekonomi untuk pemerintah atau lembaga-lembaga lain yang mungkin mempunyai kepentingan di luar tujuan kemanusiaan semata. Kami juga tidak akan bertindak sebagai peranti dari kebijakan luar negeri pemerintah penyandang dana. Kami akan menggunakan bantuan yang kami terima untuk melakukan tanggap kebutuhan dan bantuan tersebut tidak boleh didorong oleh perlunya untuk menyalurkan surplus komoditas negara penyandang dana, juga bukan oleh kepentingan politik suatu negara penyandang dana tertentu. Kami menghargai dan mendorong kesukarelaan pemberian bantuan tenaga dan keuangan dari orang-perorangan yang memiliki kepedulian untuk mendukung kerja kami dan menghargai kemandirian tindakan kami yang didasari motivasi kesukarelaan seperti itu. Demi melindungi kemandirian, kami akan menghindari ketergantungan hanya kepada satu sumber dana saja.

5. Kami harus menghargai budaya dan adat istiadat.

Kami akan berupaya untuk menghormati budaya, struktur, dan adat istiadat masyarakat dan negara di mana kami bekerja.

6. Kami harus berusaha membangun tanggap bencana berdasarkan kemampuan lokal.

Semua manusia dan masyarakat –dalam situasi bencana sekalipun– memiliki kemampuan selain kerentanan. Sejauh mungkin kami akan memperkuat kemampuan ini dengan memberikan peluang bagi pekerja lokal, membeli material lokal, dan berjual beli dengan perusahaan lokal. Apabila memungkinkan, kami akan bekerja sama dengan NGHHA lokal sebagai mitra dalam perencanaan dan pelaksanaan, dan bekerja sama dengan struktur pemerintah setempat sebagaimana diperlukan. Kami akan

menempatkan prioritas tinggi terhadap koordinasi bantuan darurat kami secara semestinya. Hal ini paling baik dilakukan di negara-negara yang peduli kepada mereka yang paling terlibat langsung dalam operasi bantuan darurat, dan harus melibatkan perwakilan dari lembaga-lembaga PBB yang terkait.

7. Harus ditemukan cara-cara untuk melibatkan penerima manfaat program dalam pengelolaan bantuan darurat.

Bantuan tanggap bencana tidak boleh dipaksakan kepada penerima. Bantuan darurat dan rehabilitas jangka panjang yang efektif paling dapat dicapai jika penerima manfaat yang menjadi sasaran dilibatkan dalam perancangan, pengelolaan, dan pelaksanaan program bantuan. Kami akan berusaha sedapatnya untuk mendapatkan peran serta masyarakat secara sepenuhnya dalam program-program bantuan darurat dan rehabilitasi kami.

8. Bantuan darurat harus berusaha keras untuk mengurangi kerentanan di masa datang sambil memenuhi kebutuhan dasar.

Semua tindakan bantuan darurat memengaruhi prospek pembangunan jangka panjang, baik secara positif atau negatif. Menyadari hal ini, kami berusaha keras untuk melaksanakan program bantuan darurat yang secara aktif mengurangi kerentanan penerima manfaat terhadap bencana di masa datang dan membantu menciptakan gaya hidup yang berkelanjutan. Kami akan memberikan perhatian khusus pada masalah lingkungan dalam perencanaan dan pengelolaan program bantuan darurat kami. Kami juga akan berusaha meminimalkan akibat negatif dari bantuan kemanusiaan, menghindari ketergantungan jangka panjang penerima terhadap bantuan dari luar.

9. Kami menganggap diri kami akuntabel baik kepada mereka yang kami upayakan untuk dibantu mau pun mereka yang memberikan sumber daya kepada kami.

Kami sering bertindak sebagai lembaga penghubung dalam kemitraan antara pihak yang ingin membantu dan pihak yang membutuhkan bantuan dalam bencana. Oleh sebab itu, kami bertanggung gugat kepada kedua belah pihak tersebut. Semua yang kami kerjakan dengan penyandang dana dan penerima manfaat harus mencerminkan suatu sikap keterbukaan dan transparansi. Kami mengakui keharusan untuk melaporkan kegiatan kami, baik dari sudut pandang keuangan dan sudut pandang efektivitas. Kami mengakui kewajiban kami untuk memastikan pemantauan yang tepat terhadap distribusi bantuan dan untuk melaksanakan pengkajian secara rutin tentang dampak bantuan bencana. Kami juga akan berupaya untuk secara terbuka melaporkan dampak pekerjaan kami, dan faktor-faktor yang membatasi atau meningkatkan dampak tersebut. Program-program kami akan berdasarkan pada standar profesionalisme dan keahlian yang tinggi untuk menekan pemborosan sumber daya yang berharga.

10. Dalam kegiatan informasi, publikasi, dan kampanye, kami harus memperlakukan penduduk terkena bencana sebagai manusia yang bermartabat, bukan sebagai objek yang tidak berdaya.

Penghargaan kepada penduduk terkena bencana sebagai mitra yang setara tidak boleh pernah dilupakan dalam tindakan kami. Dalam kegiatan informasi publik, kami harus memberikan gambaran objektif mengenai situasi bencana di mana kemampuan dan aspirasi penduduk terkena bencana ditonjolkan, bukan hanya kelemahan dan ketakutan mereka saja. Meskipun kami akan bekerja sama dengan pihak media untuk meningkatkan tanggapan publik, kami tidak akan membiarkan tuntutan, baik dari luar mau pun dari dalam, untuk melakukan publisitas yang akan mengalahkan prinsip untuk memberikan bantuan darurat secara keseluruhan. Kami akan menghindari persaingan dengan lembaga tanggap bencana lain dalam liputan media massa dalam situasi di mana liputan semacam itu mungkin justru merugikan pelayanan yang diberikan kepada penerima manfaat atau terhadap keamanan pekerja kami atau penerima bantuan.

Lingkungan kerja

Setelah secara sepihak sepakat untuk mematuhi Kode Perilaku di atas, kami memaparkan di bawah ini beberapa pedoman yang menjelaskan lingkungan kerja yang kami harap dapat diciptakan oleh pemerintah negara penyanggah dana, pemerintah negara tempatan, dan lembaga-lembaga antar negara—terutama lembaga-lembaga PBB—untuk mendorong partisipasi NGHA yang efektif dalam tanggap bencana.

Pedoman-pedoman ini dipaparkan sebagai panduan. Pedoman ini tidak mengikat secara hukum dan kami tidak mengharapkan para pemerintah dan IGO untuk menyatakan penerimaan mereka terhadap pedoman-pedoman ini dengan menandatangani dokumen apa pun, sekalipun ini mungkin bisa menjadi suatu tujuan di masa mendatang. Pedoman-pedoman ini dipaparkan dalam semangat keterbukaan dan kerja sama sehingga mitra-mitra kami memahami suatu hubungan kerja ideal yang ingin kami bentuk bersama mereka.

Lampiran I : Rekomendasi untuk pemerintah negara yang terkena dampak bencana

1. Pemerintah harus mengakui dan menghormati tindakan-tindakan kemandirian, kemanusiaan, dan ketidakberpihakan NGHA

NGHA adalah lembaga-lembaga mandiri. Kemandirian dan ketidakberpihakan ini seharusnya dihormati oleh pemerintah negara tempatan.

2. Pemerintah negara tempatan harus memfasilitasi NGHA untuk mempunyai akses yang cepat kepada penduduk terkena bencana

Jika NGHA harus bertindak dengan sepenuhnya mematuhi prinsip-prinsip kemanusiaan, mereka patut diberi akses yang cepat dan tidak memihak kepada penduduk terkena bencana dengan tujuan memberikan bantuan kemanusiaan. Adalah tugas pemerintah negara tempatan, sebagai bagian dari pelaksanaan kedaulatan, untuk tidak menghalangi bantuan semacam itu, dan untuk menerima tindakan NGHA yang tidak memihak dan apolitis. Pemerintah negara tempatan seharusnya memfasilitasi masuknya pekerja NGHA dengan cepat, terutama dengan membebaskan persyaratan visa transit, visa masuk, dan visa keluar, atau melakukan pengaturan-pengaturan tertentu yang membantu pemberian izin yang cepat. Pemerintah seharusnya memberikan izin terbang lintas dan hak mendarat bagi transportasi udara yang memuat bantuan darurat bencana internasional dan personelya selama tahap darurat.

3. Pemerintah harus memudahkan kelancaran keluar masuknya barang bantuan dan informasi selama bencana

Bantuan darurat bencana dan peralatannya dibawa masuk ke dalam suatu negara dengan tujuan semata-mata untuk meringankan penderitaan manusia, bukan untuk keuntungan komersial. Bantuan semacam itu seharusnya diizinkan lewat dengan bebas dan tanpa halangan dan tidak perlu mengikuti persyaratan untuk mendapatkan sertifikat konsulat negara asal atau kuitansi pembelian, perizinan impor dan/atau ekspor atau peraturan lain, atau terkena pajak impor, biaya pendaratan, atau biaya pelabuhan.

Impor sementara peralatan darurat termasuk kendaraan, pesawat terbang ringan dan peralatan telekomunikasi, seharusnya difasilitasi oleh pemerintah negara penerima melalui pembebasan izin atau peraturan registrasi untuk sementara. Demikian pula, pemerintah seharusnya tidak melarang pemulangan kembali peralatan bantuan darurat bencana pada akhir operasi bantuan.

Untuk memfasilitasi komunikasi, pemerintah negara tempatan didorong untuk menetapkan frekuensi radio tertentu, yang akan digunakan oleh lembaga-lembaga bantuan darurat bencana untuk tujuan komunikasi di dalam negeri dan untuk komunikasi internasional dengan tujuan untuk komunikasi bencana, dan untuk memberitahukan frekuensi tersebut pada komunitas tanggap bencana sebelum bencana terjadi. Negara tempatan seharusnya memperbolehkan personel lembaga bantuan darurat bencana untuk memanfaatkan semua jenis komunikasi yang mereka butuhkan untuk operasi bantuan darurat bencana.

4. Pemerintah harus berusaha untuk memberikan informasi mengenai bencana dan bantuan perencanaan yang terkoordinasi

Keseluruhan perencanaan dan koordinasi usaha bantuan darurat pada

akhirnya adalah tanggung jawab pemerintah negara tempatan. Perencanaan dan koordinasi dapat sangat ditingkatkan jika NGHHA diberikan informasi tentang bantuan darurat yang dibutuhkan dan sistem pemerintahan dalam perencanaan dan pelaksanaan usaha bantuan darurat serta informasi tentang potensi risiko keamanan yang mungkin akan mereka hadapi. Pemerintah diimbau untuk memberikan informasi semacam itu kepada NGHHA.

Untuk memfasilitasi koordinasi yang efektif dan penggunaan bantuan darurat secara efisien, pemerintah negara tempatan didorong untuk, sebelum bencana terjadi, menunjuk satu titik kontak bagi NGHHA yang akan datang untuk berhubungan dengan pihak-pihak yang berwenang di negara tersebut.

5. Bantuan darurat bencana dalam konflik bersenjata

Dalam situasi konflik bersenjata, tindakan bantuan darurat dilaksanakan sesuai dengan ketentuan hukum kemanusiaan internasional.

Lampiran II : Rekomendasi untuk pemerintah penyandang dana

1. Pemerintah penyandang dana harus mengakui dan menghormati tindakan-tindakan kemandirian, kemanusiaan, dan ketidakberpihakan NGHHA

NGHHA adalah lembaga-lembaga mandiri dengan kemandirian dan ketidakberpihakan yang seharusnya dihormati oleh para pemerintah negara penyandang dana. Pemerintah negara penyandang dana seharusnya tidak mempergunakan NGHHA untuk mencapai tujuan politik atau ideologi apa pun.

2. Pemerintah penyandang dana harus memberikan dana dengan jaminan untuk kemandirian operasional

NGHHA menerima bantuan dana dan materi dari pemerintah negara penyandang dana dengan semangat yang sama pada saat memberikannya kepada penduduk terkena bencana, yaitu semangat kemanusiaan dan kemandirian tindakan. Pelaksanaan dari tindakan bantuan darurat merupakan tanggung jawab penuh dari NGHHA dan akan dilaksanakan sesuai dengan kebijakan NGHHA.

3. Pemerintah penyandang dana harus mempergunakan pengaruh baik mereka untuk membantu NGHHA memperoleh akses terhadap penduduk terkena bencana

Pemerintah penyandang dana seharusnya memahami pentingnya mereka memikul satu tangan tanggung jawab atas keamanan dan kebebasan akses pekerja NGHHA terhadap lokasi bencana. Mereka seharusnya bersiap sedia untuk melakukan diplomasi dengan pemerintah negara tempatan untuk mengatasi situasi semacam itu apabila diperlukan.

Lampiran III : Rekomendasi untuk lembaga-lembaga antar negara

1. IGO harus menerima NGHA, baik NGHA tempatan dan asing, sebagai mitra-mitra yang berharga

NGHA bersedia untuk bekerja sama dengan PBB dan lembaga-lembaga antar negara lainnya untuk menghasilkan dampak tanggap bencana yang lebih baik. Mereka melakukan ini dalam semangat kemitraan dengan menghormati integritas dan kemandirian semua mitra. Lembaga-lembaga antar negara harus menghormati kemandirian dan ketidakberpihakan NGHA. NGHA seharusnya diajak berkonsultasi oleh lembaga-lembaga PBB dalam mempersiapkan rencana bantuan darurat.

2. IGO harus membantu pemerintah negara tempatan dalam menyusun kerangka kerja koordinasi menyeluruh untuk bantuan darurat bencana tingkat setempat dan internasional

NGHA biasanya tidak memiliki mandat untuk menyediakan kerangka kerja koordinasi menyeluruh untuk bencana yang membutuhkan tanggap internasional. Tanggung jawab ini jatuh ke tangan pemerintah negara tempatan dan pihak-pihak berwenang yang sesuai di PBB. Mereka diminta untuk memberikan pelayanan ini dalam waktu dan cara yang tepat waktu dan efektif untuk melayani negara-negara yang terkena bencana dan komunitas tanggap bencana nasional dan internasional. Bagaimanapun, NGHA harus melaksanakan segala upaya untuk memastikan koordinasi pelayanan mereka sendiri secara efektif.

Dalam situasi konflik bersenjata, tindakan bantuan darurat diatur oleh ketentuan hukum kemanusiaan internasional yang sesuai.

3. IGO harus memberikan perlindungan keamanan yang disediakan untuk lembaga-lembaga PBB kepada NGHA

Jika disediakan perlindungan keamanan untuk lembaga-lembaga antar negara, perlindungan seperti ini seharusnya diberikan kepada mitra-mitra operasi mereka dari NGHA jika diminta.

4. IGO harus memberikan NGHA akses yang sama atas informasi yang sesuai seperti yang diberikan kepada lembaga-lembaga PBB

IGO diimbau untuk membagi semua informasi yang berkenaan dengan pelaksanaan dari tanggap bencana yang efektif, dengan mitra operasi mereka dari NGHA.

Lampiran 3

Daftar Singkatan dan Akronim

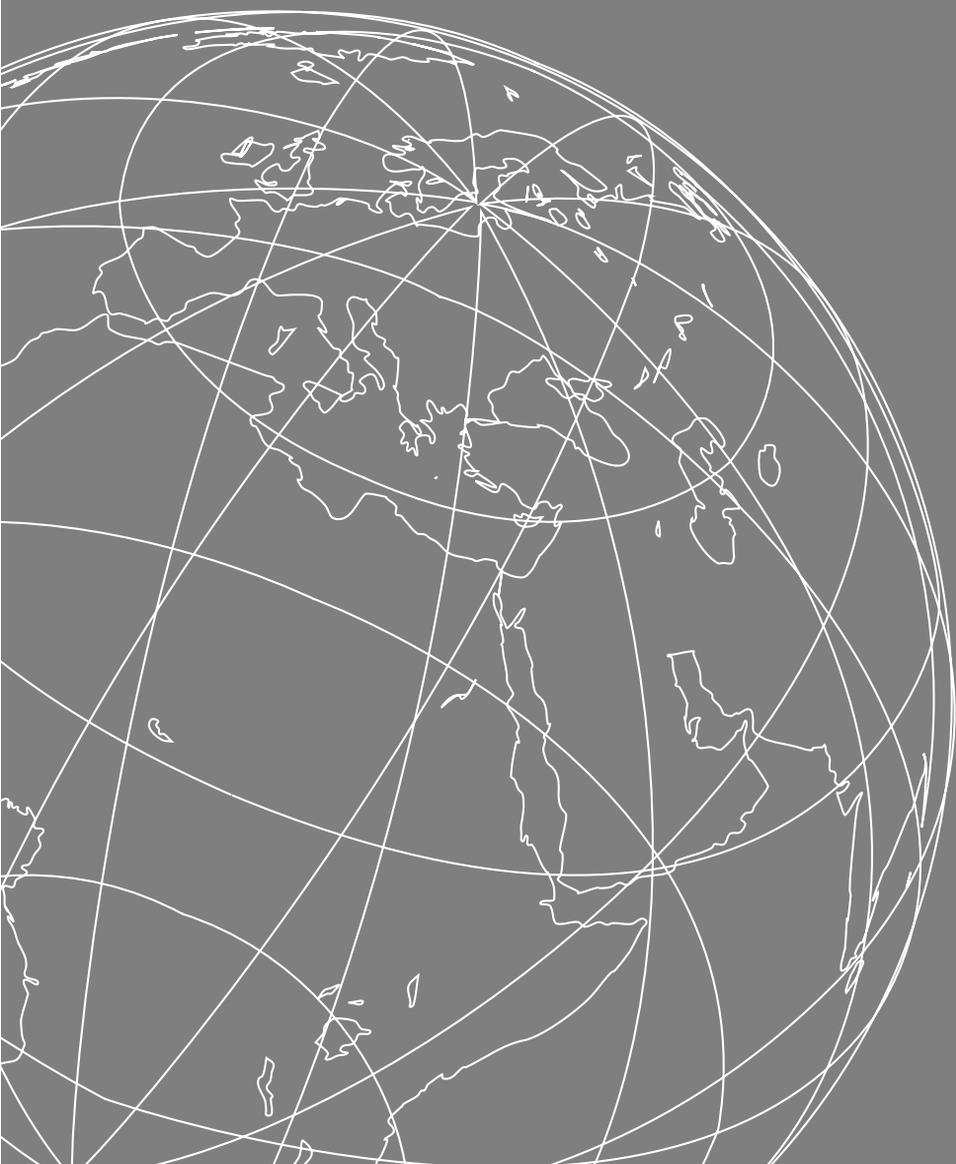
ACT	artemisinin-based combination therapy
AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
ALNAP	Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action Jaringan Pembelajaran Aktif untuk Akuntabilitas dan Kinerja Aksi Kemanusiaan
ART	anti-retroviral therapy
ARV	anti-retroviral
BEmOC	basic emergency obstetric care
BMI	body mass index
BMS	breastmilk substitutes
BTS	blood transfusion service
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CE-DAT	Complex Emergency Database
CEDAW	Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women
CEmOC	comprehensive emergency obstetric care
CFR	case fatality rate
CHW	Community Health Worker
CIHL	Customary International Humanitarian Law
cm	centimetre
CMR	crude mortality rate
CRC	Convention on the Rights of the Child, Konvensi Hak Anak
CRPD	Convention on the Rights of Persons with Disabilities Konvensi PBB tentang hak asasi setiap orang yang berkebutuhan khusus
CRS	Catholic Relief Services
CTC	cholera treatment centre
DAC	Development Assistance Committee
DPT	diphtheria, pertussis and tetanus
ECB	Emergency Capacity Building (Project)
ENA	Emergency Nutrition Assessment
EPI	Expanded Programme on Immunization
ETAT	Emergency Triage, Assessment and Treatment
EWARN	early warning
FANTA	Food and Nutrition Technical Assistance
FAO	Food and Agriculture Organization of the United Nations

FTE	full-time equivalent
GMO	genetically modified organism
HAP	Humanitarian Accountability Partnership Akuntabilitas Kemanusiaan dan Kemitraan
HIS	health information system
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IASC	<i>Inter-Agency Standing Committee</i> Komite Pengarah Antar Lembaga
ICC	International Criminal Court
ICCPR	International Covenant on Civil and Political Rights
ICERD	International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination
ICESCR	International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights
ICRC	International Committee of the Red Cross
ICVA	International Council of Voluntary Agencies
IDLO	International Development Law Organization
IDP	internally displaced person
IFE	infant feeding in emergencies
IFPRI	International Food Policy Research Institute
IFRC	International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies
IGC	International Grains Council
IHL	international humanitarian law
IMAI	Integrated Management of Adult Illness
IMCI	Integrated Management of Childhood Illnesses
IMPAC	Integrated Management of Pregnancy and Childbirth
INEE	<i>Inter-Agency Network for Education in Emergencies</i> Jejaring Antar Lembaga Pendidikan untuk Bencana
IPC	infection prevention and control
IRS	indoor residual spraying
ISPO	International Society for Prosthetics and Orthotics
IYCF	infant and young child feeding
km	kilometre
Lansia	Lanjut Usia
LBW	low birth weight
LEDS	light-emitting diodes
LEGS	<i>Livestock Emergency Guidelines and Standards</i> Pedoman & Standar Darurat untuk Ternak
LLIN	long-lasting insecticide-treated net
LSM	Lembaga Swadaya Masyarakat
MISP	Minimum Initial Service Package
MOH	Ministry of Health
MSF	Médecins sans Frontières
MUAC	mid upper arm conference
NCDs	non-communicable diseases
NCHS	National Center for Health Statistics

NFI	non-food item
NGO	non-governmental organisation
NICS	Nutrition in Crisis Information System
NRC	Norwegian Refugee Council
NTU	nephelometric turbidity units
OAU	Organization of African Unity (now African Union)
OCHA	United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs
ODHA	Orang Dengan HIV dan AIDS
ODI	Overseas Development Institute
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OHCHR	Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights
ORNOP	Organisasi Non Pemerintah
ORS	oral rehydration salts
PAHO	Pan American Health Organization
PBB	Perserikatan Bangsa-Bangsa
PEP	post-exposure prophylaxis
PLHIV	people living with HIV
PLWHA	people living with HIV and AIDS
PMTCT	prevention of mother-to-child transmission (of HIV)
PoUWT	point-of-use water treatment
Q&A	quality and accountability
RH	reproductive health
RNI	reference nutrient intakes
SCM	supply chain management
SEEP	<i>Small Enterprise Education and Promotion (Network)</i> Pendidikan dan Promosi Usaha Kecil
SMART	Standardised Monitoring and Assessment of Relief and Transitions
STIs	sexually transmitted infections
TB	tuberculosis
TIG	tetanus immune globulin
U5MR	under-5 mortality rate
UDHR	Universal Declaration of Human Rights
UN	United Nations
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
UN-DDR	UN Disarmament, Demobilization and Reintegration
UNFCCC	United Nations Framework Convention on Climate Change
UNFPA	United Nations Population Fund
UNHCR	Office of the United Nations High Commissioner for Refugees (UN Refugee Agency)
UNICEF	United Nations Children's Fund
UN-OCHA	United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs
URD	Urgence, Réhabilitation, Développement
USAID	United States Agency for International Development

VCA	vulnerability and capacity analysis
VIP	ventilated improved pit (latrine)
WASH	water supply, sanitation and hygiene promotion
WEDC	Water, Engineering and Development Centre
WFH	weight for height
WFP	World Food Programme
WHA	World Health Assembly
WHO	World Health Organization
WSP	water safety plan

INDEKS



Indeks

A

AIDS: viii, 12, 15, 16, 61, 65, 75, 84, 99, 100, 140, 175, 179, 180, 187, 193, 204, 230, 241, 247, 345, 358, 359, 362, 363, 367, 370, 395, 398

Air Minum: 83, 97, 102, 104, 106, 151, 205, 208, 209, 254

Air Tanah: 98, 106, 107, 109, 121, 126

Air Tergenang: 117, 330

Akuntabilitas: ii, iii, v, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 24, 51, 56, 67, 68, 90, 168, 197, 198, 203, 212, 386

Anak Laki-laki: 15, 21, 32, 51, 59, 65

Anak Perempuan: 15, 21, 32, 39, 51, 56, 60, 62, 64, 94, 312

Analisis Kerentanan: 60, 85, 157, 162, 260, 312

Analisis Risiko: 84, 155, 258, 309

Ancaman: 6, 11, 12, 14, 26, 29, 30, 32, 34, 37, 38, 39, 40, 62, 66, 71, 84, 85, 102, 109, 114, 130, 201, 208, 215, 220, 254, 260, 262, 264, 265, 269, 309, 312, 317, 341, 354, 355

Angka Kematian Anak Balita: 356, 364

Angka Kematian Kasar: 230, 309, 327, 356, 364

B

Bahan Pangan: 187, 190, 191, 196, 226

Banjir: 106, 108, 110, 112, 125, 126, 201, 217, 263, 270, 280, 310

Bantuan Non Pangan: vi, 2, 4, 127, 195, 250, 251, 253, 254, 255, 256, 258, 259, 260, 262, 271, 274, 276, 279, 283, 284, 285, 286, 294, 297, 302, 330, 331

Berbasis Komunitas: 40, 42, 230, 311, 350, 353

Beri-beri: 165, 182, 190, 236

Busung Lapar: 180

C

Cedera: 55, 70, 71, 306, 309, 310, 317, 324, 326, 348, 349, 350, 357, 359, 360, 362, 368, 370

Cuci Tangan: 104, 137, 208

D

Darah: 112, 314, 315, 336, 341, 345, 346, 349, 360, 361, 362, 363

Dengue: 136, 329, 331, 335, 337, 361, 363

Diare: 95, 100, 102, 111, 113, 116, 117, 136, 172, 177, 183, 193, 230, 315, 329, 331, 335, 338, 340, 341, 357, 359, 360, 362

Difteri: 339, 340, 341, 349, 361, 363

Dukungan Psikososial: 12, 32, 40, 69, 302, 344, 350, 351, 380

E

Edema: 153, 165, 234

Erosi: 62, 126, 127, 270, 280, 281

Evakuasi: vii, 5, 8, 9, 11, 14, 52, 67, 68, 69,

91,185,188,189,200,202,207,210,219
,264,304,320,327,336,337

G

Gempa: iv,66,151,263,265,266,310

Gizi Buruk: 149,151,153,155,156,164
,165,167,173,174,175,177,178,179,1
80,229,232,233,234,236

Genosida: 378

H

HIV: 15,16,61,65,75,84,85,99,10
0,140,157,167,169,171,173,175,
176,177,179,180,181,193,204,2
09,221,230,233,238,241,245,24
7,259,260,301,312,317,342,343,
344,345,346,347,367,370

Hukum Adat: 375

Hukum Kemanusiaan: 21,23,38,151,
374,380,381,382,383,388,394

Hunian: 1, 4,7,22,82,94,113,114,
115,117,125,126,150,156,205,24
1,250,252,254,255,256,259,260,2
61,264,265,266,267,268,270,271
,272,275,276,277,278,279,280,28
3,284,285,286,290,293,295,299

I

Imunisasi: 115,121,123,165,177,316
,329,335,336,337,338,339,341,346,3
49,359

INEE: vii, 12,13,51,74,140,141,143,2
05,242,266,278,284,300,302,315,36
6,380,397

Infeksi Saluran Napas:
315,329,338,357,359,360,362,363

Insektisida: 115,287,330,331

Jamban: 81,89,95,96,106,107,108,1
09,110,111,112,118,125,126,131,13
2,133,134,135,137,269,270,271,309

J

Jejaring Sosial: 175,194

K

Keamanan Benih: 149,159,227,243

Keamanan Makanan: 170,196,197

Kebersihan Pribadi:
95,97,115,283,285,297

Kebutuhan Dasar: 17,21,36,63,97,9
9,151,170,186,210,211,219,220,25
4,352,391

Kebutuhan Khusus: vii, 11,17,29,40
,63,64,84,95,100,105,108,110,128,1
43,155,167,187,188,192,203,205

Kekerasan Berbasis Gender: 31,39,
40,42,60,85,157,206,260,312

Kekurangan Pangan: 153,233,236

Kenyamanan Suhu:
272,283,287,288

Kerawanan Pangan:
151,160,177,186,214,220,224,310

Kesehatan Seksual dan Reproduksi:
307,326,342,345

Kode Etik: 1,24,37,64,68,69,70,254,
387,388,389

Kolera: 133,136,137,138,157,261,
312,317,333,334,335,357,359,361
,363

Konvensi Geneva: 23,151

Kurang Gizi Akut: 146,149,155,165
,173,174,181,188,191,232,234,329
,330,340

L

Larvasida: 118,331

Layanan Kesehatan Dasar: 42,71,1
67,173,177,179,180,183,191,230,30
4,306,309,313,315,321,322,326,327
,329,331,333,338,340,342,344,345,
347,350,354,369

LEGS: vii, 12,98,141,216,243,397

M

Makanan: 34,89,91,99,103,109,11
4,122,131,133,137,146,148,149,15
1,154,161

Menyusui: 114,155,167,169,170,17
1,173,177,180,181,189,191,192,195
,229,230,239,241,288,340

Mitigasi: 9,78,90,147,251,268,271,2
73,275,281,305,384

N

Niasin: 182,190,238

O

ODHA: 11,16,105,111,176,180,189
,193,223,389

ORNOP: ii,iii,v,1,24,37,58,254,387,3
88,389

P

Pasokan Air: 5,7,78,80,81,82,83,87,97
,99,101,102,103,106,108,113,125,128,
130,132,141,195,258,283,284,330,337

Pekerja Kemanusiaan: iv,7,11,48,59,6
1,69,70,82,85,150,259,308,311,344

Pengendalian: 42,67,78,81,83,87,101,
113,114,116,117,118,119,120,126,131
,141,142,171,178,183,191,197,206,23
0,236,271,276,287,298,306,314,316,3
17,323,329,330,331,332,334,335,337,
340,346,349,367

Penularan:
81,113,114,116,172,344,346

Peringatan Dini: 60,66,84,155,161,16
2,164,221,258,310,317,322,333,334,3
36,360,362

Psikososial: 12,18,40,57,59,65,69,170
,181,274,318,342,350,351,353,380

R

Rehabilitasi: 16,17,32,42,181,281,282
,348,350,391

Rencana Kontijensi:
84,155,162,262,294,310

Ribolfavin: 182,190,240

Rumus: 305,306,314,315,319,324,32
7,364,365

S

Sanitasi: 81,82,83,87,98,100,101,107,

109,110,126,128,131,136,170,254,25
8,297,330,337

SEEP: vii, 12,13,339

Strategi Bertahan:
152,162,185,186,226

Survei Antropometrik: 164,165,
233,235

T

Tetanus:
121,123,344,348,349,360,398

Tingkat Kematian: 180,
238,309,326,327,328,

Tuberkulosis:
16,175,331,332,346,367

U

Uji Laboratorium: 332,335

V

Vaksin: 183,230,335,338

Vektor: 81,83,84,87,113,114,115,11
6,117,118,119,122,126,130,131,132
,136,141

W

Wabah: 100,101,117,165,230,312,3
17,322,329,334,335,336,338,340,34
1,355,360

WASH: 45,78,81,8283,85,86,87,88,8
9,90,140,141,143

Catatan

Untuk pemesanan buku pegangan Sphere,
silakan kunjungi:

www.mpbi.org