



BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA

No.1022, 2014

KEMENKES. Sumber Daya Kesehatan. Pasca Bencana. Kebutuhan. Kerugian. Kerusakan. Penilaian.

PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 36 TAHUN 2014

TENTANG

PENILAIAN KERUSAKAN, KERUGIAN, DAN KEBUTUHAN
SUMBER DAYA KESEHATAN PASCA BENCANA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA
MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang : a. bahwa untuk melaksanakan kegiatan rehabilitasi dan rekonstruksi sumber daya kesehatan pasca bencana baik fisik maupun non fisik, perlu segera dilakukan kegiatan penilaian kerusakan, kerugian dan kebutuhan bidang kesehatan pasca bencana;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu menetapkan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Penilaian Kerusakan, Kerugian, dan Kebutuhan Sumber Daya Kesehatan Pasca Bencana;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 (Lembaran Negara

- Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);
2. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4723);
 3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
 4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
 5. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 783/MENKES/SK/X/2006 tentang Regionalisasi Pusat Bantuan Penanganan Krisis Kesehatan Akibat Bencana sebagaimana telah diubah dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1228/MENKES/SK/XI/2007;
 6. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 679/MENKES/SK/VI/2007 tentang Organisasi Pusat Penanggulangan Krisis Kesehatan Regional sebagaimana telah diubah dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1227/MENKES/SK/XI/2007;
 7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1144/MENKES/PER/VIII/2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 585) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 35 Tahun 2013 (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 741);
 8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2013 tentang Penanggulangan Krisis Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1389);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PEDOMAN PENILAIAN KERUSAKAN, KERUGIAN, DAN KEBUTUHAN SUMBER DAYA KESEHATAN PASCA BENCANA.

Pasal 1

Dalam Peraturan Menteri ini yang dimaksud dengan:

1. Bencana adalah peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam dan mengganggu kehidupan dan penghidupan masyarakat yang disebabkan, baik oleh faktor alam dan/atau faktor nonalam maupun faktor manusia sehingga mengakibatkan timbulnya korban jiwa manusia, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda, dan dampak psikologis.
2. Rehabilitasi adalah perbaikan dan pemulihan semua aspek pelayanan publik atau masyarakat sampai tingkat yang memadai pada wilayah pasca bencana dengan sasaran utama untuk normalisasi atau berjalannya secara wajar semua aspek pemerintahan dan kehidupan masyarakat pada wilayah pasca bencana.
3. Rekonstruksi adalah pembangunan kembali semua prasarana dan sarana, kelembagaan pada wilayah pasca bencana, baik pada tingkat pemerintahan maupun masyarakat dengan sasaran utama tumbuh dan berkembangnya kegiatan perekonomian, sosial dan budaya, tegaknya hukum dan ketertiban, dan bangkitnya peran serta masyarakat dalam segala aspek kehidupan bermasyarakat pada wilayah pasca bencana.
4. Pemerintah Pusat yang selanjutnya disebut Pemerintah adalah Presiden Republik Indonesia yang memegang kekuasaan pemerintahan negara Republik Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
5. Pemerintah Daerah adalah Gubernur, Bupati/Walikota, dan perangkat daerah sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah.
6. Menteri adalah menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.

Pasal 2

Penilaian kerusakan, kerugian, dan kebutuhan sumber daya kesehatan pasca bencana bertujuan untuk mengukur skala kerusakan dan

kerugian sumber daya kesehatan akibat bencana, serta kebutuhan sumber daya kesehatan sehingga dapat ditentukan prioritas penanganan dan menentukan kebutuhan selama kegiatan rehabilitasi dan rekonstruksi.

Pasal 3

- (1) Kerusakan, kerugian, dan kebutuhan sumber daya kesehatan pasca bencana dapat bersifat fisik maupun non fisik.
- (2) Kerusakan sumber daya kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bersifat fisik, berupa:
 - a. fasilitas pelayanan kesehatan;
 - b. bangunan institusi bidang kesehatan;
 - c. obat dan sediaan farmasi;
 - d. perbekalan kesehatan; dan
 - e. prasarana perkantoran.
- (3) Kerugian sumber daya kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bersifat non fisik, berupa:
 - a. pengeluaran atau biaya dalam penyediaan pelayanan kesehatan; dan/atau
 - b. kurangnya pelayanan kesehatan akibat kebutuhan yang meningkat atau ketersediaan yang menurun.
- (4) Kebutuhan sumber daya kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bersifat fisik dan non fisik, berupa:
 - a. kegiatan rehabilitasi dan/atau rekonstruksi fisik;
 - b. kegiatan pelayanan kesehatan pasca bencana.

Pasal 4

Perkiraan nilai kerugian sumber daya kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (3) diperoleh dengan memperhitungkan:

- a. waktu yang dibutuhkan untuk membangun kembali kapasitas pelayanan kesehatan sehingga berjalan normal; atau
- b. waktu yang digunakan untuk pemantauan dan pengawasan terhadap penyakit menular dan peningkatan angka kesakitan.

Pasal 5

Penilaian kerusakan, kerugian, dan kebutuhan sumber daya kesehatan pasca bencana dilakukan oleh:

- a. dinas kesehatan provinsi dibawah koordinasi Pemerintah Daerah provinsi; atau

- b. dinas kesehatan kabupaten/kota dibawah koordinasi Pemerintah Daerah kabupaten/kota.

Pasal 6

Penilaian kerusakan, kerugian, dan kebutuhan sumber daya kesehatan dilaksanakan pada minggu terakhir masa tanggap darurat atau setelah masa tanggap darurat dinyatakan berakhir.

Pasal 7

Pelaksanaan penilaian kerusakan, kerugian, dan kebutuhan sumber daya kesehatan pasca bencana dilaksanakan dengan tahapan sebagai berikut:

- a. persiapan;
- b. pengumpulan data;
- c. analisis data; dan
- d. pelaporan.

Pasal 8

- (1) Hasil pelaksanaan penilaian kerusakan, kerugian, dan kebutuhan sumber daya kesehatan pasca bencana sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 harus digunakan sebagai dasar penyusunan rencana aksi rehabilitasi dan rekonstruksi.
- (2) Penyusunan rencana aksi rehabilitasi dan rekonstruksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus sejalan dengan:
 - a. perencanaan program rehabilitasi dan rekonstruksi bidang kesehatan yang selaras dengan perencanaan nasional dan daerah; dan
 - b. perencanaan penganggaran dan pengelolaan pendanaan kegiatan rehabilitasi dan rekonstruksi.

Pasal 9

Ketentuan lebih lanjut mengenai penyelenggaraan penilaian kerusakan, kerugian, dan kebutuhan sumber daya kesehatan pasca bencana mengacu pada lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri ini.

Pasal 10

Peraturan Menteri ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Menteri ini dengan penempatannya dalam Berita Negara Republik Indonesia.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 8 Juli 2014
MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

NAFSIAH MBOI

Diundangkan di Jakarta
pada tanggal 22 Juli 2014
MENTERI HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA,
REPUBLIK INDONESIA,

AMIR SYAMSUDIN

LAMPIRAN
PERATURAN MENTERI KESEHATAN
NOMOR 36 TAHUN 2014
TENTANG PENILAIAN KERUSAKAN,
KERUGIAN, DAN KEBUTUHAN
SUMBER DAYA KESEHATAN PASCA
BENCANA

PENYELENGGARAAN PENILAIAN KERUSAKAN, KERUGIAN,
DAN KEBUTUHAN SUMBER DAYA KESEHATAN PASCA BENCANA

BAB I
PENDAHULUAN

Indonesia termasuk negara yang paling rawan terhadap bencana di dunia berdasarkan data yang dikeluarkan oleh Badan Perserikatan Bangsa-Bangsa untuk Strategi Internasional Pengurangan Risiko Bencana (UN-ISDR) tahun 2011. Wilayah Indonesia secara geografis dan geologis merupakan negara kepulauan yang terletak pada pertemuan empat lempeng tektonik, yaitu lempeng Euroasia, Australia, Pasifik dan Filipina dan terdapat sabuk vulkanik (*volcanic arc*) yang membentang mulai dari Pulau Sumatera–Jawa–Nusa Tenggara–Sulawesi, serta terletak di daerah iklim tropis dengan dua musim yaitu kemarau dan hujan, perubahan cuaca yang cukup ekstrim sering menimbulkan berbagai bencana hidrometeorologi. Oleh karena itu Indonesia menduduki peringkat tinggi untuk ancaman bahaya gempa bumi, tsunami, tanah longsor, banjir dan gunung api.

Badan Perserikatan Bangsa-Bangsa untuk Strategi Internasional Pengurangan Risiko Bencana (UN-ISDR) melaporkan bencana alam yang terjadi sepanjang 2011 diseluruh dunia menyebabkan kerugian sebesar 366 miliar dolar AS atau sekitar 3.361,3 triliun rupiah. Bappenas melaporkan data total kerugian dan kerusakan pada semua sektor akibat sepuluh kejadian bencana besar di Indonesia sejak tahun 2004 sampai 2011 adalah sebesar 112,45 triliun rupiah, seperti yang terlihat pada tabel berikut.

Tabel 1.1
 Nilai Kerusakan dan Kerugian Akibat Bencana di Indonesia
 Tahun 2004-2010

No.	Jenis Bencana dan Lokasi Kejadian	Tahun Kejadian	Nilai Kerusakan dan Kerugian (dalam Rp)
1.	Gempa Bumi dan tsunami Aceh dan Nias	2004	41,4 triliun
2.	Gempa Bumi Yogyakarta	2006	29,1 triliun
3.	Gempa Bumi Sumatera Barat	2007	1,1 triliun
4.	Banjir Jakarta	2007	5,2 triliun
5.	Gempa Bumi Bengkulu	2007	1,9 triliun
6.	Gempa Bumi Padang	2009	21,6 triliun
7.	Gempa Bumi Tasikmalaya	2009	7,9 triliun
8.	Gempa Bumi dan Tsunami Mentawai	2010	0,35 triliun
9.	Banjir Bandang Wasior	2010	0,28 triliun
10.	Erupsi Gunung Merapi	2010	3,62 triliun
Total			112,45 triliun

Sumber: Bappenas dan BNPB tahun 2011

Menurut data yang tercatat Kementerian Kesehatan selama tahun 2011, frekuensi bencana sebanyak 211 kejadian dan mengakibatkan korban sebanyak 552 orang meninggal dunia, 1.571 orang luka berat, 264 orang hilang dan pengungsi sebanyak 144.604 orang.

Setiap kejadian bencana tidak hanya mengakibatkan jatuhnya korban jiwa dan pengungsi, juga mengakibatkan rusaknya sumber daya di bidang kesehatan seperti fasilitas pelayanan kesehatan, kantor dinas kesehatan dan rumah dinas, serta komponen pendukung pelayanan kesehatan (listrik, air bersih dan lain-lain). Kerusakan tersebut menimbulkan dampak terganggunya fungsi pelayanan kesehatan. Selama tahun 2011 telah mengakibatkan kerusakan 55 fasilitas kesehatan yaitu 3 Rumah Sakit, 9 Puskesmas, 21 Pustu, 19 Polindes dan 3 rumah dinas.

Bappenas melaporkan data kerusakan dan kerugian di sektor kesehatan akibat sepuluh kejadian bencana di Indonesia dari tahun 2004 sampai 2010 yaitu sebesar 1,65 triliun rupiah, seperti yang terlihat pada tabel berikut.

Tabel 1.2 Nilai Kerusakan dan Kerugian Sub Sektor Kesehatan Akibat Bencana di Indonesia Tahun 2004–2010

No.	Jenis Bencana	Tahun Kejadian	Nilai Kerusakan dan Kerugian (dalam Rp)
1.	Gempa Bumi dan Tsunami Aceh dan Nias	2004	855 miliar
2.	Gempa Bumi Yogyakarta	2006	1,5 miliar
3.	Gempa Bumi Sumatera Barat	2007	11,2 miliar
4.	Banjir Jakarta	2007	0,18 miliar
5.	Gempa Bumi Bengkulu	2007	11,1 milyar
6.	Gempa Bumi Padang	2009	744,3 miliar
7.	Gempa Bumi Tasikmalaya	2009	11, 06 miliar
8.	Gempa Bumi dan Tsunami Mentawai	2010	1, 07 miliar
9.	Banjir Bandang Wasior	2010	1,7 miliar
10.	Erupsi Gunung Merapi	2010	14,5 miliar
	Total		1651,61 miliar

Sumber: Bappenas dan BNPB 2011

Sepanjang tahun 2011, Kementerian Kesehatan telah mengeluarkan dana sebesar 9,03 miliar rupiah untuk klaim tagihan pengobatan dan perawatan pasien di rumah sakit serta 954,6 juta rupiah untuk bantuan operasional penanggulangan krisis kesehatan akibat bencana. Pengeluaran-pengeluaran tersebut merupakan kerugian yang harus dikeluarkan sebagai bentuk tanggung jawab dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi korban bencana dan biaya operasional tambahan yang dikeluarkan untuk kegiatan penanganan tanggap darurat dan pemulihan darurat.

Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) sebagai badan yang bertanggung jawab dalam penanggulangan bencana di Indonesia, telah melakukan kegiatan penilaian kerusakan, kerugian dan kebutuhan pasca bencana. Berikut dibawah ini adalah salah satu kegiatan penilaian kerusakan, kerugian dan kebutuhan pasca bencana Gunung Merapi tahun 2010 baik di semua sektor maupun sektor kesehatan.

Letusan Gunung Merapi pada tanggal 25 Oktober 2010 menyebabkan kerusakan dan kerugian yang cukup besar di empat kabupaten yaitu Magelang, Boyolali, Klaten dan Sleman. Perhitungan nilai kerusakan, kerugian dan dampak ekonomi dilakukan pada 5 sektor yaitu perumahan, sosial (pendidikan, kesehatan, agama), ekonomi produktif (pertanian, perikanan, peternakan, perkebunan, industri, perdagangan, pariwisata), prasarana (transportasi darat dan udara, air bersih, sanitasi, irigasi, energi, telekomunikasi), dan lintas sektor (pemerintahan, keuangan dan lingkungan hidup). Menurut data BNPB per tanggal 31 Desember 2010 erupsi Gunung Merapi mengakibatkan kerusakan dan kerugian sebesar Rp 3,62 triliun dengan kerusakan dan kerugian sektor sosial (termasuk didalamnya sub sektor kesehatan) sebesar Rp 122,47 miliar (3,38%).

Pemulihan pada sub sektor kesehatan pasca letusan Gunung Merapi berupa pembangunan infrastruktur kesehatan yang meliputi puskesmas, puskesmas pembantu dan klinik swasta, di dukung dengan kegiatan konseling kesehatan terhadap masyarakat serta pendampingan masyarakat. Sasaran pemulihan sub sektor kesehatan adalah penyediaan puskesmas, pustu, pelayanan kesehatan, pelayanan gizi dan pengobatan psikososial.

Selama ini peran Kementerian Kesehatan dalam rehabilitasi dan rekonstruksi pasca bencana adalah menyediakan data dampak kerusakan akibat krisis kesehatan sebagai bahan Rapat Dengar Pendapat di DPR, melakukan verifikasi kerusakan ke lokasi bencana dibawah koordinasi BNPB dan Kemenkokesra serta membayar klaim pengobatan dan perawatan pasien. Selain itu Kementerian Kesehatan mengkoordinir pelaksanaan surveilans gizi di lokasi pengungsian pasca gempa di Sumatera Barat, Jawa Barat maupun erupsi Merapi di DIY dan Jawa Tengah.

Berdasarkan data-data dan pengalaman di atas, menunjukkan bahwa penanganan krisis kesehatan pasca bencana sangat penting dalam rangka pembangunan yang berwawasan pengurangan risiko bencana. Penguatan daya tahan masyarakat yang hidup di daerah rawan dan mengalami dampak langsung bencana, merupakan tanggung jawab pemerintah dan pemerintah daerah. Program penguatan tersebut haruslah berbasis data dan pengalaman yang ada serta didukung adanya kebijakan terkait penanggulangan krisis kesehatan pasca bencana di sektor kesehatan. Oleh karena itu diperlukan suatu acuan dalam melakukan penilaian kerusakan, kerugian serta kebutuhan bidang kesehatan pasca bencana.

BAB II

PELAKSANAAN PENILAIAN

A. Waktu Pelaksanaan Penilaian

Penilaian kerusakan, kerugian dan kebutuhan bidang kesehatan pasca bencana adalah suatu rangkaian kegiatan penilaian, analisis dampak dan perkiraan kebutuhan bidang kesehatan yang melibatkan pemerintah pusat, pemerintah daerah, swasta dan masyarakat. Hasil rangkaian kegiatan tersebut merupakan dasar dalam pelaksanaan rehabilitasi dan rekonstruksi bidang kesehatan jangka pendek dan menengah.

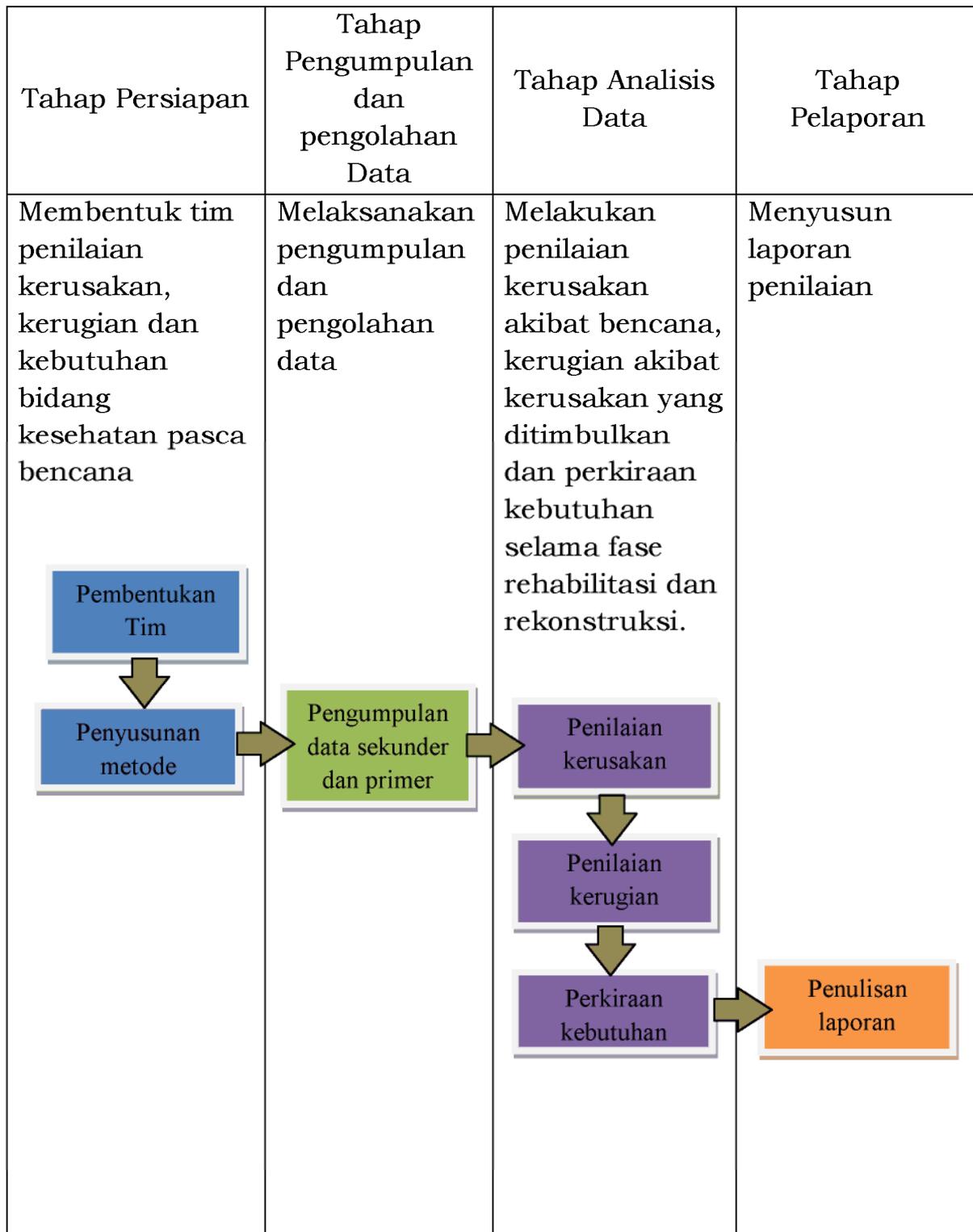
Pelaksanaan penilaian sebaiknya tidak dilakukan saat kegiatan penyelamatan dan pelayanan kesehatan darurat sedang berjalan atau sampai selesai dilakukan, sehingga tidak akan mengganggu kegiatan utama pada masa tanggap darurat serta untuk meyakinkan ketersediaan sejumlah informasi kuantitatif tentang kerusakan dan kerugian akibat bencana. Selain itu karena rangkaian pelaksanaan penilaian juga melibatkan tenaga kesehatan setempat karena lebih memahami karakteristik wilayah, budaya, bahasa maupun aksesibilitas ke lokasi serta komunitas/tokoh masyarakat yang terdampak bencana sedangkan pada masa tanggap darurat tenaga kesehatan lokal sibuk dengan kegiatan pelayanan kesehatan sampai kondisi berangsur pulih.

Berdasarkan hal-hal tersebut di atas maka waktu yang tepat untuk pelaksanaan penilaian adalah pada minggu terakhir masa tanggap darurat atau segera setelah masa tanggap darurat berakhir.

B. Langkah-Langkah Penilaian

Pelaksanaan penilaian kerusakan, kerugian dan kebutuhan bidang kesehatan pasca bencana dibagi dalam tahap-tahap kegiatan yaitu persiapan, pengumpulan data, analisis, dan pelaporan.

Diagram 3.1 Kegiatan Tahap-Tahap Penilaian



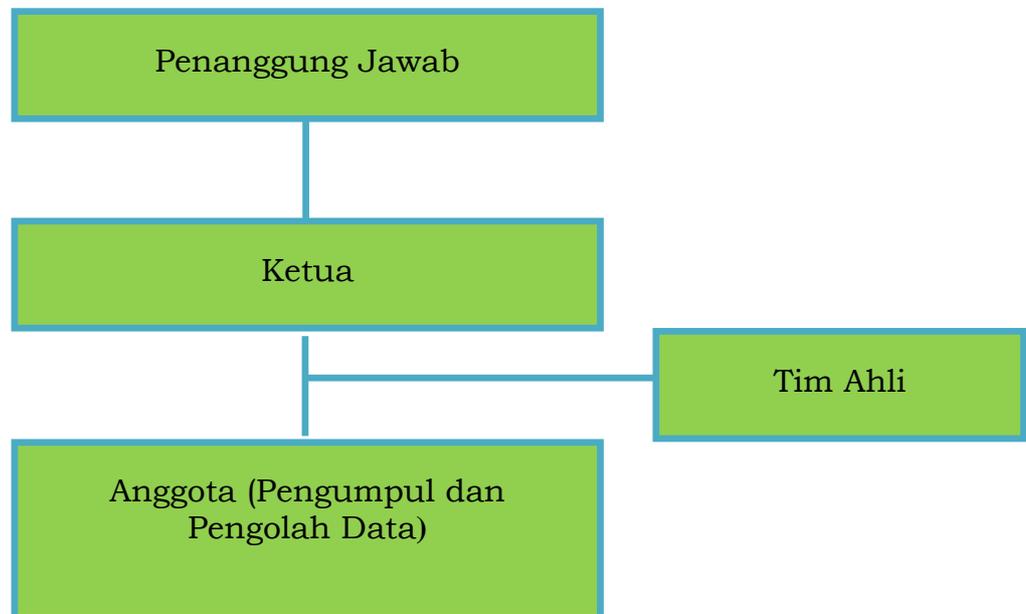
1. Persiapan

a. Pengorganisasian

Pembentukan tim penilaian kerusakan, kerugian dan kebutuhan bidang kesehatan pasca bencana di sektor kesehatan sebaiknya dibentuk oleh kepala dinas kesehatan sebagai penanggung jawab upaya penanggulangan bencana. Pembentukan tim ini bertujuan untuk memudahkan proses penilaian kerusakan, kerugian dan kebutuhan pasca bencana di sektor kesehatan.

Gambar 3.1

Susunan Tim Pelaksana Penilaian Kerusakan, Kerugian dan Kebutuhan Pasca Bencana



b. Tugas tim penilaian kerusakan, kerugian dan kebutuhan bidang kesehatan pasca bencana di sektor kesehatan:

- 1) merencanakan dan mempersiapkan pelaksanaan penilaian kerusakan, kerugian dan kebutuhan pasca bencana
- 2) melakukan proses pengumpulan data
- 3) melakukan pengolahan dan analisis data
- 4) menyusun pelaporan penilaian kerusakan dan kerugian pasca bencana
- 5) menyusun perkiraan kebutuhan pasca bencana

c. Susunan tim penilaian kerusakan, kerugian dan kebutuhan bidang kesehatan pasca bencana terdiri dari:

1) Penanggung jawab

Bertanggung jawab dalam perencanaan, pelaksanaan hingga pelaporan kerusakan, kerugian dan kebutuhan.

Penanggung jawab di tingkat pusat adalah pejabat minimal setingkat eselon 2 yang memiliki kaitan/peranan yang erat dengan kegiatan penilaian kerusakan, kerugian dan kebutuhan bidang kesehatan pasca bencana. Sedangkan penanggung jawab tim di tingkat daerah adalah kepala dinas kesehatan provinsi/kabupaten/kota atau pejabat setingkat eselon 2 yang memiliki kaitan/peranan yang erat dengan kegiatan penilaian kerusakan, kerugian dan kebutuhan bidang kesehatan pasca bencana.

2) Ketua

Memimpin proses perencanaan, pengolahan, analisis data dan pelaporan serta evaluasi. Secara khusus ketua tim pelaksana penilaian kerusakan, kerugian dan kebutuhan bidang kesehatan pasca bencana bertanggung jawab untuk mengoordinasikan dan mengawasi keseluruhan proses penilaian kerusakan dan kerugian, mulai dari perencanaan, pengumpulan data, pengolahan, analisis data dan penyusunan laporan.

Ketua penilaian kerusakan, kerugian dan kebutuhan di tingkat pusat adalah pejabat minimal setingkat eselon 3 yang memiliki kaitan/peranan yang erat dengan kegiatan penilaian kerusakan, kerugian dan kebutuhan bidang kesehatan pasca bencana. Sedangkan ketua tim di tingkat daerah adalah pejabat setingkat eselon 3 yang memiliki kaitan/peranan yang erat dengan kegiatan penilaian kerusakan, kerugian dan kebutuhan bidang kesehatan pasca bencana.

3) Anggota (Pengumpul dan Pengolah Data)

Tenaga pengumpul dan pengolah data di tingkat pusat terdiri unit-unit terkait di lingkungan Kementerian Kesehatan. Tenaga pengumpul dan pengolah data di tingkat daerah terdiri dari unit-unit

terkait di lingkungan dinas kesehatan provinsi/kabupaten/kota.

Pengumpul dan pengolah data bertugas untuk:

- a) mengumpulkan data penilaian kerusakan, kerugian dan kebutuhan pasca bencana, baik penilaian kerusakan dan kerugian maupun penilaian gangguan terhadap akses, proses/fungsi dan kerentanan. Tim mengumpulkan data sekunder melalui kajian dokumen atau data sekunder, dan data primer melalui pendataan, survei (observasi), wawancara informan kunci, dan diskusi kelompok terfokus.
- b) Mengolah dan menganalisa data, baik data akibat dan dampak bencana serta data kebutuhan pemulihan dan penyusunan laporan.

Anggota tim melibatkan tenaga lokal karena lebih memahami karakteristik wilayah, budaya, bahasa maupun aksesibilitas ke lokasi serta komunitas/tokoh masyarakat yang terdampak bencana. Informasi yang diberikan oleh tenaga lokal ini juga dapat digunakan sebagai masukan penting dalam analisa data dan penyusunan laporan.

Jumlah anggota tim pengumpul data ditentukan berdasarkan luasnya daerah yang terkena bencana, jumlah sampling wilayah, jumlah responden dan sebarannya serta partisipan yang dilibatkan. Bila dampak bencana sangat luas dapat dibentuk beberapa tim untuk melakukan penilaian.

Tim perlu menentukan teknik pengolahan data yang akan digunakan, apakah pengolahan data dilakukan langsung di lokasi atau terpusat setelah data terkumpul. Tim mempersiapkan form-form untuk pengolahan data.

4) Tenaga Ahli

Dukungan tenaga ahli dibutuhkan untuk memberikan masukan dalam pengumpulan data, pengolahan data dan penyusunan laporan serta rekomendasi penilaian pasca bencana. Ahli-ahli yang dibutuhkan berasal dari Kementerian/Lembaga, SKPD atau institusi lain

yang memiliki kompetensi dalam hal tersebut.

Proses pembentukan tim

Tim penilaian kerusakan, kerugian dan kebutuhan bidang kesehatan pasca bencana dibentuk dengan prosedur sebagai berikut:

a) Tingkat Pusat

PPKK menulis surat resmi permohonan keterlibatan kepada lintas program terkait, untuk membentuk tim penilaian kerusakan, kerugian dan kebutuhan bidang kesehatan pasca bencana. Tim tersebut bertugas melakukan penilaian atau verifikasi hasil penilaian dari dinas kesehatan provinsi/kabupaten/kota. SK pembentukan tim ditetapkan oleh Kepala PPKK menyebutkan struktur tim berikut personel yang terlibat. Selanjutnya PPKK melakukan koordinasi melalui rapat koordinasi yang menjelaskan mengenai proses penilaian yang mengacu pada kerangka acuan kerja yang telah disusun berikut tanggung jawab dan tugas seluruh anggota tim. Dalam pelaksanaannya dapat berdiri sendiri atau dibawah koordinasi BNPB.

Cat: tim pusat dibentuk setelah hasil penilaian dari daerah.

b) Tingkat Daerah

Kepala dinas kesehatan provinsi/kabupaten/kota menetapkan SK pembentukan tim untuk melakukan penilaian. SK pembentukan tim menyebutkan struktur tim berikut personel yang terlibat. Kepala dinas kesehatan provinsi/kabupaten/kota melakukan koordinasi tim melalui rapat koordinasi yang menjelaskan mengenai proses penilaian kerusakan, kerugian dan kebutuhan mengacu pada kerangka acuan kerja yang telah disusun, berikut tanggung jawab seluruh personel tim. Dalam pelaksanaannya dapat berdiri sendiri atau berkoordinasi dengan BPBD.

d. Koordinasi

1) Tingkat Pusat

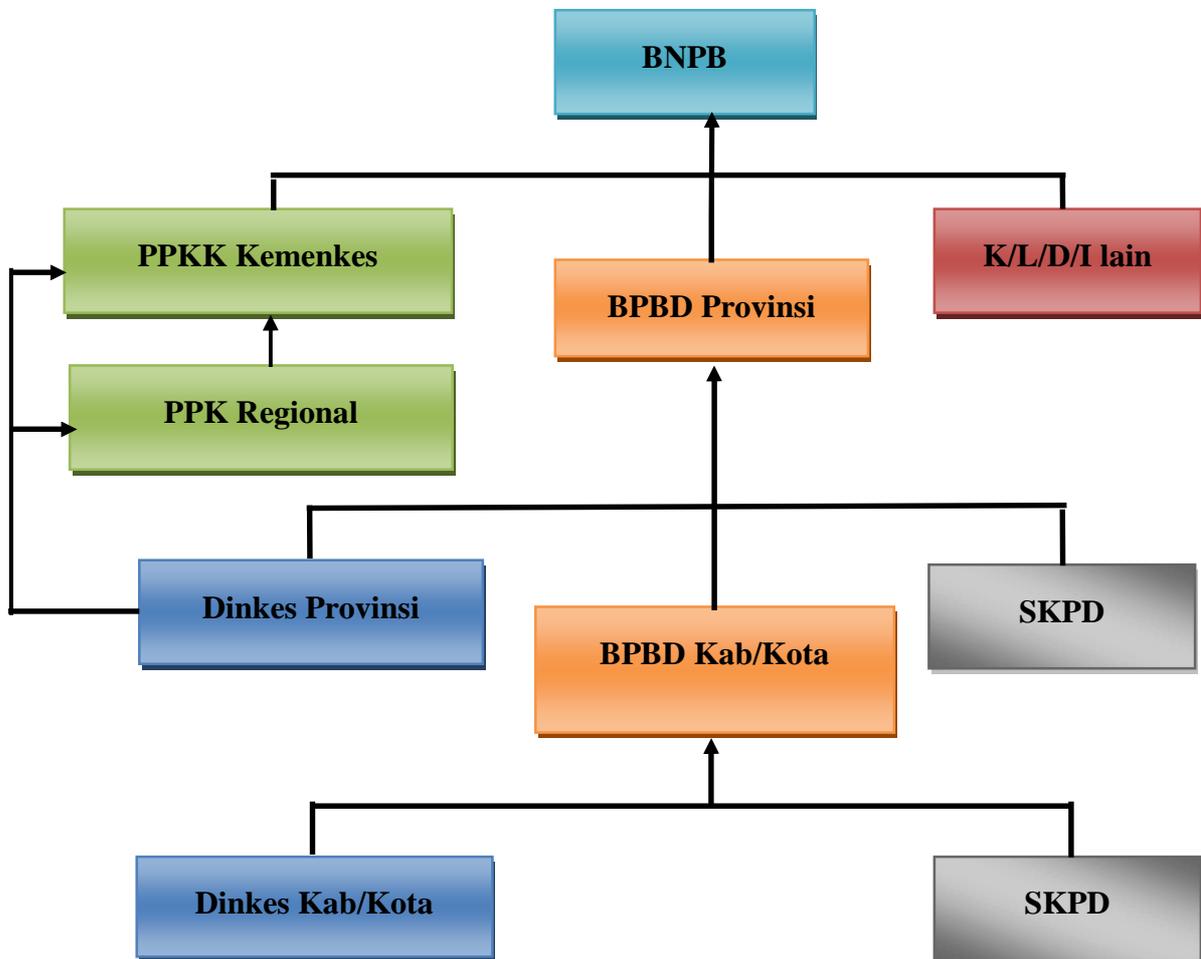
Pada tingkat pusat, PPKK Kementerian Kesehatan berperan sebagai koordinator atau verifikator kegiatan penilaian kerusakan, kerugian dan kebutuhan bidang kesehatan pasca bencana. Dalam kegiatan ini PPKK melibatkan beberapa unit terkait di lingkungan Kementerian Kesehatan. Keterlibatan beberapa unit terkait bertujuan untuk memperoleh informasi mengenai dampak bencana, penanganan yang telah dilakukan dan masukan terkait rencana upaya penanggulangan pasca bencana sesuai tugas dan fungsi masing-masing unit.

2) Tingkat Daerah

Kegiatan penilaian kerusakan, kerugian dan kebutuhan bidang kesehatan pasca bencana berkoordinasi dengan BPBD Kabupaten/Kota, BPBD Provinsi dan BNPB sesuai dengan tingkat eskalasi bencana yang terjadi. Misal sebuah bencana terjadi di wilayah sebuah kabupaten, maka BPBD Kabupaten tersebut berperan sebagai koordinator SKPD yang melakukan kegiatan penilaian.

Penilaian dapat dilakukan oleh Puskesmas, Rumah Sakit dan unit teknis pelayanan kesehatan lain baik negeri maupun swasta. Kegiatan penilaian kerusakan, kerugian dan kebutuhan bidang kesehatan pasca bencana dikoordinir oleh dinas kesehatan provinsi/kabupaten/kota sesuai dengan tingkat eskalasi bencana yang terjadi. Untuk selanjutnya hasil penilaian tersebut dilaporkan kepada BPBD selaku koordinator.

Gambar 3.2 Hubungan Koordinasi antara Pusat dan Daerah dalam Penilaian Kerusakan, Kerugian Dan Kebutuhan Pasca Bencana



2. Pengumpulan dan Pengolahan Data

Data yang diambil saat proses penilaian kerusakan, kerugian dan kebutuhan bidang kesehatan pasca bencana dibagi menjadi 2, yaitu data sekunder dan data primer. Data-data ini pada sektor kesehatan dapat diperoleh dari kementerian dan lembaga pemerintah serta lembaga swadaya masyarakat yang bergerak di bidang kesehatan.

Data sekunder dapat berupa data dasar yang dimiliki, baik berupa data tentang letak geografis, demografis, fasilitas umum dan data-data terkait kesehatan.

Tabel 3.1
Data Dasar Penilaian

No	Uraian
a.	Sarana Fisik
	<p>Data Jumlah, Lokasi, serta peralatan medis dan non medis Fasilitas Kesehatan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rumah Sakit 2. Puskesmas 3. Puskesmas Pembantu 4. Poskesdes/Polindes 5. Praktek Dokter/Dokter Gigi 6. Kantor Dinas Kesehatan 7. Poltekes/Stikes 8. Instalasi Farmasi 9. Rumah Dinas Dokter dan Perawat 10. Sanitasi dasar (jamban keluarga) 11. Obat-obatan dan perbekalan kesehatan (alkes, MP-ASI, obat – obatan, dan lain-lain)
b.	Data Demografis/Kependudukan
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jumlah Penduduk 2. Jumlah populasi berdasarkan jenis kelamin 3. Jumlah populasi berdasarkan usia 4. Jumlah Ibu Hamil, Ibu Menyusui, dan Ibu Nifas 5. Jumlah Lansia 6. Jumlah populasi berkebutuhan khusus <p>Data diperlukan untuk menentukan jumlah sasaran yang akan dihitung.</p>
c.	Jenis Sumber Daya Manusia Kesehatan
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tenaga medis 2. Tenaga keperawatan 3. Tenaga kefarmasian 4. Tenaga kesehatan masyarakat 5. Tenaga gizi 6. Tenaga keterampilan fisik 7. Tenaga keteknisian medis

Pelaksanaan metode pengumpulan data harus menggunakan prosedur yang dapat dipertanggungjawabkan validitasnya secara ilmiah. Masing-masing komponen penilaian kerusakan, kerugian dan kebutuhan bidang kesehatan pasca bencana membutuhkan metode pengumpulan data yang berbeda-beda. Langkah-langkah pengumpulan data adalah sebagai berikut:

1. Persiapan Pengumpulan Data

Sebelum melakukan penilaian di lokasi bencana, tim perlu melakukan persiapan dengan tujuan sebagai berikut:

- 1) menetapkan tugas dan fungsi anggota tim di lapangan;
- 2) menetapkan data sekunder yang harus dikumpulkan dan bagaimana mendapatkannya;
- 3) mengetahui aspek-aspek yang harus diamati dan pencatatan hasil pengamatan;
- 4) menetapkan kriteria narasumber, responden, kriteria informan kunci dan partisipan yang harus dilibatkan dalam penilaian kerusakan dan kerugian;
- 5) mengetahui cara mengajukan pertanyaan melalui kuesioner dan pengisian lembar kuesioner;
- 6) mengetahui cara melakukan *interview* informan kunci dan diskusi kelompok terfokus;
- 7) memahami cara pengisian formulir pendataan kerusakan dan kerugian bidang kesehatan;
- 8) mengetahui cara memasukkan dan mengolah data yang diperoleh serta pengiriman data;
- 9) mengetahui koordinasi dan konsolidasi yang harus dilakukan di lapangan.

2. Pengumpulan Data

1) Pengumpulan Data Sekunder

Tim pengumpul data mengumpulkan data sekunder berupa data sekunder sebelum bencana dan data sekunder akibat bencana. Data sekunder dapat berupa data dasar sebelum terjadi bencana di suatu wilayah, berupa data yang menunjukkan jumlah dan kondisi fasilitas pelayanan kesehatan, rumah sakit, puskesmas dan lain-lain serta faktor yang berkaitan sebelum bencana. Data ini digunakan untuk menganalisis kondisi sebelum bencana untuk kemudian dibandingkan dengan kondisi setelah bencana terjadi, sehingga dapat diketahui akibat

dan dampaknya. Data ini juga digunakan untuk melakukan pengujian kesahihan data (validasi) setelah kejadian bencana.

Di samping data sekunder sebelum bencana, tim pengumpul data perlu juga mengumpulkan data sekunder akibat bencana, antara lain dari data hasil kaji cepat pada fase tanggap darurat. Data sekunder akibat bencana ini juga mencakup data tentang kronologis bencana yang terjadi, intensitas dan skala bencana, wilayah yang terdampak bencana, jumlah korban dan kerusakan yang dialami.

Pengumpulan data sekunder dilakukan terhadap organisasi pemerintah daerah, dalam hal ini dinas kesehatan provinsi/kabupaten/kota dengan menggunakan formulir 2 – 6 sebagaimana terlampir.

Tabel 3.2

Contoh data sekunder yang perlu dikumpulkan

Data Sekunder Sebelum Bencana	Data Sekunder Akibat Bencana
<ol style="list-style-type: none"> 1. Kondisi alkes di fasyankes 2. Jumlah tenaga kesehatan di fasyankes 3. Ketersediaan obat-obatan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kerusakan bangunan fasyankes 2. Kerusakan alkes akibat bencana 3. Keterbatasan obat-obatan saat tanggap darurat

2) Pengumpulan Data Primer

Data primer diperoleh dari hasil inventarisasi, survei (observasi) dan wawancara langsung di lapangan dengan menggunakan alat-alat yang telah dipersiapkan sebelumnya, seperti kamera, alat perekam dan alat tulis. Pengumpulan data yang diambil terkait dengan kerusakan dan kerugian yang terjadi, juga terkait dengan gangguan terhadap akses, fungsi dan peningkatan risiko terjadinya krisis kesehatan akibat bencana.

Pengumpulan data primer terkait dengan kerusakan, kerugian dan kebutuhan bidang kesehatan dilakukan

dengan menggunakan formulir 1 sebagaimana terlampir. Tim pengumpul data mengumpulkan data melalui beberapa cara sebagai berikut:

a) inventarisasi

Pengumpulan data terkait dengan kerusakan dan kerugian dilakukan dengan menggunakan formulir inventarisasi kerusakan dan kerugian yang berisi antara lain jumlah fasilitas pelayanan kesehatan yang rusak dan jumlah kerugian akibat hilangnya kesempatan untuk memperoleh keuntungan karena kerusakan fasilitas pelayanan kesehatan.

b) pendataan ke organisasi pemerintahan daerah

Pendataan ke organisasi pemerintah daerah untuk mendapatkan data jumlah pelayanan kesehatan yang terganggu akibat bencana.

c) survei

Survei dilakukan dengan menggunakan form untuk mendapatkan data jumlah keluarga dan orang yang kehilangan akses terhadap pelayanan kesehatan.

d) wawancara informan kunci

Wawancara dengan informan kunci juga dapat digunakan untuk mendapatkan data terkait kerusakan dan kerugian, gangguan terhadap akses dan fungsi pelayanan kesehatan serta peningkatan risiko.

e) diskusi kelompok terfokus

Diskusi kelompok terfokus adalah mengkaji dampak bencana yang dilakukan oleh tim pengumpul data melibatkan para ahli, praktisi, tokoh masyarakat dan pemegang otoritas kebijakan.

3. Validasi Data

Data yang diperoleh dilakukan pemeriksaan silang (validasi) dengan berbagai sumber, melalui cara-cara berikut ini:

- 1) membandingkan data akibat bencana dengan data sebelum bencana, terutama dengan melihat konsistensi jumlah dan perubahan yang mungkin tidak masuk akal atau menimbulkan keraguan atas keakuratannya.
- 2) mengkonfirmasi kepada narasumber strategis yang kredibel, misalnya institusi pemerintah dan non pemerintah yang bekerja di lokasi bencana.

- 3) mengobservasi lapangan adalah cara yang dapat dipercaya untuk melakukan pemeriksaan silang atas informasi sekunder yang diterima, walaupun membutuhkan banyak waktu dan biaya.
 - 4) membandingkan dengan laporan media massa atau laporan organisasi non pemerintah yang kredibel.
 - 5) menganalisis peta dan foto udara setelah terjadi bencana, umumnya tersedia peta daerah-daerah yang terkena dampak bencana beserta intensitasnya, sehingga dapat dibandingkan kesesuaian antara data kerusakan dengan intensitas bencana masing-masing daerah.
4. Metode penghitungan data

1) Penilaian

Penilaian meliputi penilaian kerusakan, kerugian, gangguan akses, gangguan fungsi dan risiko dapat menggunakan formulir 7 sebagaimana terlampir.

a) Penilaian kerusakan

Nilai kerusakan diperoleh dengan mengkalikan data jumlah unit fisik yang rusak dengan harga satuan yang diperoleh pada saat pengumpulan data primer. Penilaian kerusakan menggunakan formulir 9 sebagaimana terlampir.

Nilai Kerusakan = Jumlah unit fisik yang rusak sesuai tingkat kerusakan X harga (biaya satuan)

Tingkat kerusakan terdiri dari rusak berat, rusak sedang dan rusak ringan.

Harga (biaya) satuan berbeda menurut tingkat kerusakannya.

b) Penilaian kerugian

Mengidentifikasi komponen kerugian akibat kerusakan pasca bencana. Misalnya jumlah poskes dan biaya pembentukan poskes (pendirian tenda pengganti bangunan bersifat sementara) untuk pelayanan kesehatan, jumlah tenaga kesehatan yang dimobilisasi di fasyankes dan biaya operasionalnya.

c) Penilaian Gangguan Akses

Gangguan akses terhadap kebutuhan dasar yang harus dipenuhi karena merupakan hak masyarakat yang terkena dampak bencana.

Tabel 3.3 Penilaian Gangguan Akses

Komponen Akses	Isu Penilaian Gangguan Akses
Hak memperoleh pelayanan kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> - Berapa jumlah tenaga kesehatan yang melakukan pelayanan bergerak? Berapa biaya operasional mobilisasi tenaga tersebut? - Berapa jumlah ambulan beserta biaya operasionalnya untuk yankes bergerak?

d) Penilaian Gangguan Fungsi

Penilaian gangguan fungsi bersifat kualitatif dan dapat dianalisa melalui tabel berikut:

Tabel 3.4 Penilaian Gangguan Fungsi

Gangguan Fungsi	Isu Penilaian Gangguan Fungsi
Fasilitas Pelayanan Kesehatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bagaimana fasilitas pelayanan kesehatan tersebut berfungsi selama masa tanggap darurat hingga sekarang? 2. Bagaimana peran fasilitas pelayanan kesehatan tersebut setelah bencana terjadi? 3. Bagaimana kondisi fasilitas pelayanan kesehatan tersebut setelah kejadian bencana? 4. Jika fasilitas pelayanan kesehatan tersebut tidak berfungsi apa dampaknya terhadap masyarakat? 5. Bagaimana cara memaksimalkan peran fasilitas pelayanan kesehatan tersebut setelah kejadian bencana? Apakah tenaga medis dapat bekerja sesuai fungsinya? 6. Bagaimana pemenuhan kebutuhan obat-obatan?

e) Penilaian Risiko

Risiko bencana dipahami sebagai interaksi antara kerentanan, kapasitas masyarakat dan pemerintah dalam menghadapi ancaman bencana dengan karakter tertentu. Tabel berikut ini dapat membantu mengkaji peningkatan risiko sebagai akibat bencana secara kualitatif.

Tabel 3.5 Penilaian Risiko

Karakter Kesehatan	Isu Penilaian Risiko
Kerentanan masyarakat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kelompok sosial mana yang paling rentan untuk mendapat gangguan kesehatan akibat kejadian bencana 2. Apa bentuk kerentanannya? 3. Apa sebab-sebab mereka menjadi rentan? 4. Bagaimana cara mengatasi hal tersebut?

Tabel 3.6

Contoh hal-hal yang dinilai pada variabel kerusakan, kerugian dan kebutuhan sumber daya kesehatan pasca bencana

Upaya Kesehatan	Kerusakan	Kerugian	Kebutuhan
	Kerusakan mencakup kerusakan keseluruhan ataupun sebagian sarana fisik berupa bangunan, infrastruktur, instalasi, peralatan, mesin, perlengkapan, perabotan, dan sebagainya akibat bencana	Kerugian meliputi peningkatan pengeluaran atau biaya dalam penyediaan pelayanan kesehatan, serta hilangnya pendapatan fasilitas pelayanan kesehatan sebagai dampak bencana termasuk juga kurangnya pelayanan kesehatan akibat kebutuhan yang meningkat atau ketersediaan yang menurun	Kebutuhan merupakan usaha lebih yang harus dikeluarkan untuk pelayanan kesehatan bagi korban luka berat dan pengungsi setelah fase tanggap darurat sampai 6 bulan ke depan.
Bina Upaya Kesehatan Dasar			
	1. Nilai kerusakan bangunan Puskesmas (Rp)	<ol style="list-style-type: none"> a. Biaya pendirian tenda poskes (Rp) b. Biaya pelayanan mobile (Rp) c. ...dst 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Biaya rehabilitasi/rekonstruksi Pkm yang rusak (Rp) 2. Biaya pengadaan

Upaya Kesehatan	Kerusakan	Kerugian	Kebutuhan
	2. Nilai kerusakan alkes Puskesmas (Rp) 3. Nilai kerusakan bank darah (Rp) 4. 5.	2. a. Biaya pembelian alat kesehatan (Rp) b.dst 3. a. Biaya penyewaan storage (<i>refrigerator</i>) kantong darah (Rp) b.dst 4. Biaya perawatan di Puskesmas (Rp) 5. Biaya operasional rujukan (Rp)	alat kesehatan di Pkm yang rusak (Rp) 3. Biaya pengadaan <i>storage</i> kantong darah yang rusak (Rp) 4.dst
Bina Upaya Kesehatan Rujukan			
	1. Nilai kerusakan bangunan RS (Rp) 2. Nilai kerusakan alkes RS (Rp) 3.dst	1. a. Biaya pendirian tenda yankes di RS (Rp) b. Biaya rujukan ke RS lain (Rp) 2. a. Biaya pembelian alkes RS (Rp) b. Biaya peminjaman alkes RS (Rp) c.dst 3. Biaya perawatan korban di RS (Rp) 4.dst	1. Biaya rehabilitasi/rekonstruksi RS yang rusak (Rp) 2. Biaya pengadaan alkes RS yang rusak (Rp) 3. Biaya rehabilitasi medik korban (Rp) 4. Biaya prothesis kasus amputasi (Rp)
Kesehatan Jiwa			
	1. Nilai obat – obatan penyakit jiwa yang hilang atau rusak (Rp) 2. Nilai fasilitas kesehatan jiwa yang rusak (Rp)	1. a. Biaya pembelian obat-obatan penyakit jiwa (Rp) b. Biaya rujukan ke RS lain (Rp) 2. Biaya perawatan pasien keswa akibat bencana (Rp)	1. Biaya pengadaan obat-obatan (Rp) 2. Biaya rehabilitasi/rekonstruksi RS Jiwa (Rp) 3. Biaya perawatan pasien keswa akibat bencana (Rp)
Kesehatan Reproduksi			
	1. Nilai kerusakan sarana	1. Biaya penyewaan sarana pelayanan persalinan dan	1. Biaya rehabilitasi/rekonstruksi sarana

Upaya Kesehatan	Kerusakan	Kerugian	Kebutuhan
	prasarana pelayanan persalinan dan kesehatan reproduksi (Rp)	kespro (Rp) 2. Biaya pembelian obat dan bahan KB (Rp) 3. ...dst	prasarana pelayanan persalinan dan kespro (Rp) 2. Biaya pembelian obat dan bahan KB (Rp) 3. Biaya penyediaan bilik asmara (Rp) 4. Biaya konseling korban pemerkosaan dan perawatan persalinan darurat (Rp) 5. ...dst
Kesehatan Anak			
		1. Biaya perawatan anak/balita/bayi (Rp) 2. Biaya perawatan malnutrisi/penyakit akibat interaksi di antara anak yang rentan (Rp) 3. ...dst	1. Biaya perawatan kasus ARI (Rp) 2. Biaya perawatan kasus diare pada anak/bayi/balita (Rp) 3. Biaya perawatan bayi dasar untuk bayi baru lahir di faskes (Rp) 4. ...dst
Bina Kefarmasian dan Perbekalan Kesehatan			
	1. Nilai kerusakan gudang penyimpanan obat dan perbekalan kesehatan (Rp) 2. Nilai kerusakan obat dan perbekalan kesehatan (Rp) 3. ...dst	1. Biaya penyewaan gudang sementara (Rp) 2. Biaya pembelian obat dan perbekalan kesehatan (Rp) 3. Biaya operasional mobilisasi obat dan perbekalan kesehatan (Rp) 4. ...dst	1. Biaya rehabilitasi/rekonstruksi gudang penyimpanan (Rp) 2. Biaya pengadaan obat dan perbekalan kesehatan (Rp) 3. Biaya operasional mobilisasi obat dan perbekalan kesehatan (Rp) 4. ...dst

Upaya Kesehatan	Kerusakan	Kerugian	Kebutuhan
Bina Gizi Masyarakat			
		<ol style="list-style-type: none"> 1. Biaya mobilisasi logistik gizi (Rp) 2. Biaya operasional konseling gizi (Rp) 3. ...dst 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Biaya screening malnutrisi (Rp) 2. Biaya pemberian makanan suplemen dan therapeutik (Rp) 3. ...dst
Pencegahan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan			
1. Imunisasi	<ul style="list-style-type: none"> - Nilai bahan dan alat vaksin yang rusak (Rp) - Nilai lemari pendingin yang rusak (Rp) - ...dst 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Biaya imunisasi massal (Rp) 2. Meningkatnya insidens/ prevalensi penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (campak, difteri, tetanus, polio, hepatitis, TB) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Biaya perbaikan dan penyediaan alat dan bahan imunisasi (Rp) 2. Biaya pelayanan imunisasi tambahan di pengungsian/ shelter (<i>crash program</i>) (dikombinasi dengan pemberian vitamin A, kelambu, obat kecacingan, dll) (Rp) 3. Biaya Revitalisasi pelayanan imunisasi rutin (Rp) 4. Biaya transport dan operasional petugas vaksin, serta mobilisasi logistik (Rp)
2. Surveilans	1. Nilai perangkat sistem informasi (telepon, fax, radio komunikasi, scanner, computer) yang rusak	<ol style="list-style-type: none"> 1. Biaya perbaikan atau peminjaman perangkat sistem informasi (Rp) 2. Dst... 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Biaya perbaikan dan penyediaan perangkat sistem informasi 2. Biaya revitalisasi sistem surveilans rutin 3. Biaya transport dan operasional petugas

Upaya Kesehatan	Kerusakan	Kerugian	Kebutuhan
	2. dst...		surveilans, serta mobilisasi logistik
3. Pengendalian Penyakit Menular	1. Nilai obat – obatan pengendalian penyakit menular seperti obat TB, Malaria, ISPA, Kusta, HIV/ AIDS, Diare, dll yang rusak	1. Biaya pembelian atau pengiriman obat-obatan penyakit TB, Malaria, ISPA, Kusta, HIV/ AIDS, Diare, dll 2. Biaya penanganan penyakit menular seperti HIV, malaria, tifoid, diare, TB 3. Dst...	1. Biaya pengadaan atau pengiriman obat – obatan penyakit menular 2. Biaya pengendalian penyakit menular 3. Biaya membuat peringatan standar (pendistribusian kit higienis, desinfektan dan kotak keselamatan) 4. Biaya pendistribusian kelambu secara masal 5. Biaya pelacakan dan perawatan pasien TB 6. Biaya pengukuran pencegahan HIV secara tepat
4. Pengendalian Penyakit Tidak Menular	1. Nilai obat – obatan pengendalian penyakit tidak menular seperti obat Hipertensi, DM, Jantung, dll, yang rusak 2. Nilai alat pemeriksa kadar GD, kolesterol, dan tekanan darah yang rusak	1. Biaya pembelian atau pengiriman obat – obatan pengendalian penyakit tidak menular seperti obat Hipertensi, DM, Jantung, dll, yang rusak 2. Biaya perbaikan alat pemeriksa kadar GD, kolesterol, dan tekanan darah 3. Dst...	1. Biaya pengadaan atau pengiriman obat – obatan penyakit menular 2. Biaya perbaikan atau pengadaan alat pemeriksa GD, Kolesterol, TD 3. Biaya kegiatan pengendalian penyakit tidak menular 4. Dst...

Upaya Kesehatan	Kerusakan	Kerugian	Kebutuhan
5. Penyehatan Lingkungan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nilai kerusakan sarana air bersih 2. Nilai kerusakan jamban 3. Nilai kerusakan air limbah 4. Nilai kerusakan sarana pembuangan sampah 5. Nilai kerusakan sarana dan alat pemeriksaan kualitas udara 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Biaya pemeriksaan kualitas air bersih 2. Biaya perbaikan kualitas air bersih (pemberian PAC, kaporitisasi, aquatab) 3. Biaya penyediaan jamban darurat/slab jamban 4. Biaya pengamatan dan pengendalian vektor 5. Biaya pemeriksaan bahan makanan 6. Biaya perbaikan alat pemeriksaan kualitas udara 7. Dst... 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Biaya perbaikan kualitas air bersih (pemberian PAC, kaporitisasi, chlorinisasi) 2. Biaya pemeriksaan kualitas air 3. Biaya penyediaan water purifier, alat filtrasi cepat 4. Biaya pengadaan alat pemeriksaan kualitas udara 5. Biaya transpor dan operasional petugas kesehatan lingkungan 6. Biaya pengamatan dan pengendalian vektor 7. Dst...

Tabel 3.7
Contoh Penilaian Kerusakan, Kerugian dan Kebutuhan
Bidang Kesehatan Pasca Bencana

Substansi	Kesehatan				
	Kuantitatif			Kualitatif	
	Kerusakan	Kerugian	Gangguan akses	Gangguan Fungsi	Peningkatan Risiko
Fasilitas pelayanan kesehatan	Jumlah bangunan pelayanan kesehatan seperti rumah sakit, puskesmas, pustu, posyandu dan lain-lain yang rusak serta tingkat kerusakannya (ringan, sedang dan berat)	<ul style="list-style-type: none"> - Jumlah tenda yankes, pos kes, RS Lapangan, beserta biaya operasionalnya - Jumlah tenaga kesehatan yang dimobilisasi di fasyankes beserta biaya operasionalnya - Jumlah ambulans untuk rujukan beserta biaya operasionalnya 	<ul style="list-style-type: none"> - Jumlah tenaga beserta biaya operasional tenaga kesehatan untuk yankes bergerak - Biaya obat-obatan untuk yankes bergerak - Biaya operasional ambulan untuk yankes bergerak 	Masalah kesehatan yang timbul akibat tidak atau kurang berfungsinya fasilitas pelayanan kesehatan	Meningkatnya risiko kesehatan akibat pelayanan kesehatan tidak atau kurang berfungsinya

Sumber: BNPB

f) Penilaian Kebutuhan

Penilaian kebutuhan menggunakan formulir 7 dan 8 sebagaimana terlampir. Cara penilaian kebutuhan yaitu:

- Diskusi kelompok terfokus

Dalam melakukan penilaian kebutuhan bidang kesehatan pasca bencana bencana, tim melakukan diskusi kelompok terfokus dengan

melibatkan para ahli maupun praktisi dengan menggunakan panduan pertanyaan yang terdapat pada tabel berikut ini:

Tabel 3.8 Isu Dampak Pasca Bencana

Isu Penilaian Kebutuhan Pasca Bencana
1. Bagaimana dampak bencana terhadap pelayanan kesehatan?
2. Bagaimana dampak bencana terhadap status kesehatan masyarakat?
3. Bagaimana dampak bencana terhadap angka kesakitan masyarakat?
4. Bagaimana dampak bencana terhadap fungsi/kapasitas fasilitas pelayanan kesehatan?
5. Bagaimana dampak ekonomi akibat gangguan di sektor kesehatan?

- Mengidentifikasi nilai kebutuhan atau kebutuhan biaya berdasarkan penilaian akibat dan dampak bencana. Penilaian ini menggunakan formulir 12 sebagaimana terlampir. Perkiraan kebutuhan biaya terkait dengan perbaikan/pembangunan kembali, penggantian, penyediaan bantuan akses kebutuhan dasar, pengembalian proses/fungsi dan pengurangan risiko bencana dilakukan dengan dengan formula:

$$\text{KEBUTUHAN} = \text{jumlah unit} \times \text{satuan biaya} \times \text{indeks}$$

Keterangan:

- (1) Jumlah unit adalah jumlah yang terkena akibat/dampak bencana atau yang menjadi sasaran tindakan rehabilitasi dan rekonstruksi. Unit bisa dibedakan atas kategori rusak berat, rusak sedang dan rusak ringan (Lihat Formulir 11 dan

Formulir 12).

- (2) Satuan biaya adalah biaya standar berdasarkan pada kebutuhan pembiayaan kegiatan (program) rehabilitasi dan rekonstruksi. Satuan biaya bisa menyesuaikan dengan kategori rusak berat, rusak sedang dan rusak ringan (Lihat Formulir 10 dan 11).
- (3) Indeks biaya adalah angka pengali yang didasarkan pada perbedaan biaya secara umum antar wilayah lokasi bencana di Indonesia (Lihat formulir 13)

Satuan biaya dan indeks biaya mengacu pada standar penyusunan anggaran seperti yang terdapat pada Formulir 13. Jika kegiatan rehabilitasi dan rekonstruksi yang diidentifikasi tidak terdapat dalam standar tersebut, maka perhitungan nilai kebutuhan dapat dilakukan secara manual, tanpa berpedoman pada standar tersebut. Pencatatan komponen kebutuhan dan nilai kebutuhan dilakukan pada formulir Perkiraan Kebutuhan Pasca Bencana.

e. Analisis Data

Hasil pengumpulan dan pengolahan data kerusakan dan kerugian dianalisis dengan cara identifikasi kegiatan rehabilitasi dan rekonstruksi dilakukan berdasarkan analisis pada indikator-indikator dalam hubungan sebab akibat. Perkiraan kegiatan rehabilitasi dan rekonstruksi dapat dikelompokkan menjadi:

- a. kebutuhan perbaikan atau pembangunan kembali aset yang mengalami kerusakan akibat bencana.
- b. kebutuhan penggantian kerugian sebagai akibat bencana.
- c. kebutuhan penyediaan bantuan atau dukungan akses terhadap kebutuhan dasar (provision)
- d. kebutuhan penunjang penyelenggaraan kembali proses-proses dan fungsi fungsi pelayanan kesehatan (resumption)

- e. kebutuhan penguatan yang berkaitan dengan ketahanan masyarakat dan pemerintah, yaitu biaya untuk tindakan-tindakan yang menguatkan kapasitas dan mengurangi kerentanan terhadap bencana berikutnya di masa depan (*reduction*).

Tabel 3.9 Contoh kegiatan rehabilitasi dan rekonstruksi

Kebutuhan rehabilitasi dan rekonstruksi				
Pembangunan	Penggantian	Penyediaan Bantuan	Pemulihan Fungsi	Pengurangan Risiko
Pembangunan fasilitas pelayanan kesehatan (Rumah Sakit, Puskesmas, Pustu, dan lain-lain) yang rusak	<ul style="list-style-type: none"> - Penyediaan tempat sementara untuk pelayanan kesehatan - Relokasi fasilitas pelayanan kesehatan 	<ul style="list-style-type: none"> - Penyediaan bantuan obat-obatan dan alat kesehatan, bantuan kesehatan lainnya. - Penyediaan tenaga kesehatan 	<ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi pelayanan kesehatan - Fasilitasi penyediaan tenaga kesehatan - Fasilitasi obat-obatan dan alkes - Fasilitasi kegiatan kesehatan masyarakat 	<ul style="list-style-type: none"> - Rencana pembangunan fasilitas kesehatan yang aman dari bencana - Peningkatan kapasitas tenaga medis dalam penanggulangan bencana

3. Hasil Penilaian

Laporan penilaian minimal berisi informasi sebagai berikut:

- 1) situasi demografis (kelompok umur dan kelompok rentan) dan indikator utama epidemiologi, termasuk juga angka morbiditas dan kejadian akan berbagai penyakit yang muncul dalam berbagai jenis bencana yang dipertanyakan;
- 2) suatu gambaran tentang sumber daya di bidang kesehatan pasca bencana;
- 3) kerusakan sarana dan prasarana di bidang kesehatan;
- 4) kerugian yang timbul akibat bencana;
- 5) kebutuhan pelayanan kesehatan dalam rentang waktu 6 bulan.

Hasil dari penilaian kerusakan, kerugian dan kebutuhan bidang kesehatan pasca bencana harus dapat memberikan rekomendasi kepada pembuat kebijakan untuk menentukan prioritas kegiatan berdasarkan jangka waktu rehabilitasi dan rekonstruksi. Untuk

itu, penting bagi tim pengolah, analisis data dan pelaporan untuk melakukan identifikasi:

- 1) kebutuhan untuk pemulihan dini
- 2) kebutuhan untuk pemulihan jangka panjang

4. Rentang Waktu Perhitungan

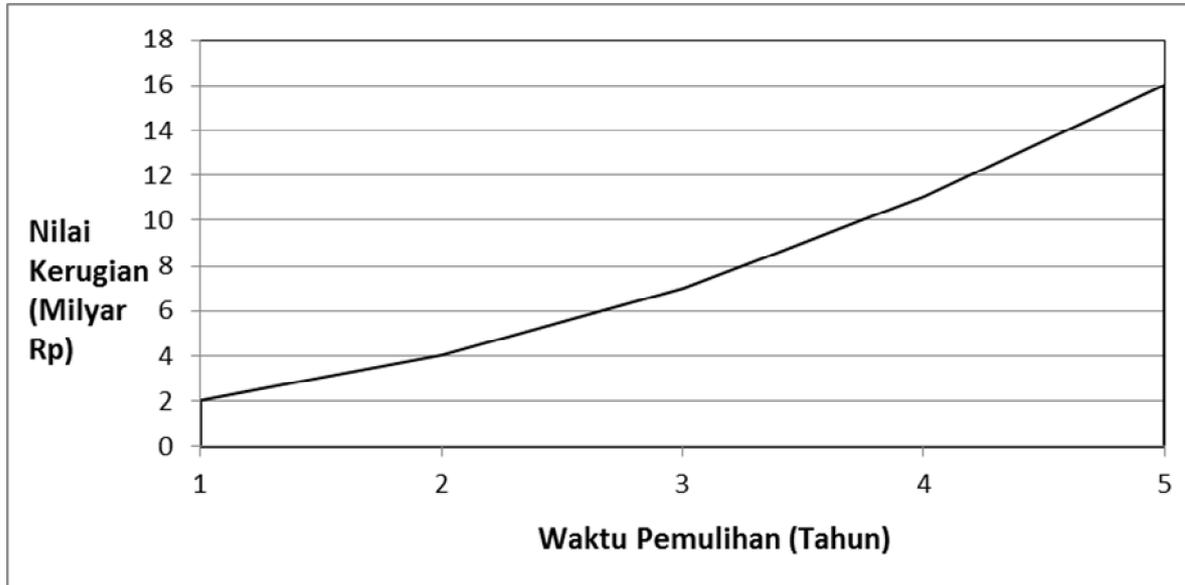
Penentuan lamanya waktu perhitungan kerugian tergantung pada skala bencana dan dampak kerusakan wilayah yang terkena dampak bencana, dengan memperhitungkan faktor:

- a. kecepatan mobilisasi
- b. jumlah sumber daya manusia, peralatan, logistik
- c. kapasitas lembaga pelaksana rehabilitasi dan rekonstruksi

Rentang waktu dalam memperkirakan kerugian (dampak tidak langsung) adalah sama dengan waktu yang dibutuhkan dalam mencapai kondisi “normal” atau situasi dimana sebelum bencana itu terjadi. Konvensi *Economic Commission for Latin America and the Caribbean* (ECLAC) menyebutkan rentang waktu maksimum lima tahun walaupun sebagian besar kerugian selesai dilaporkan dalam rentang waktu dua tahun. Pada semua kasus, perkiraan dampak ini dapat diperpanjang dengan memperhatikan tiga faktor di atas untuk mencapai pemulihan sebagian ataupun total dari kemampuan pelayanan kesehatan yang terkena dampak. Kesepakatan atas periode pemulihan sangat penting, dengan pertimbangan bahwa semakin lama waktu yang diperlukan untuk pemulihan, dampak kerugian akan meningkat secara signifikan.

Rentang waktu penilaian kerusakan, kerugian dan kebutuhan bidang kesehatan pasca bencana didasarkan pada asumsi kebutuhan pelayanan kesehatan selama 6 bulan yang dimulai sejak dilakukan penilaian. Grafik 3.1 menggambarkan bahwa semakin lama asumsi waktu pemulihan akan berdampak pada semakin besarnya nilai kerugian.

Grafik 3.1 Perbandingan Rentang Waktu Pemulihan dengan Pertambahan Nilai Kerugian



Contoh Kasus

Bencana letusan Gunung Merapi di Provinsi DI Yogyakarta, telah merusak 500 unit rumah warga dengan tingkat kerusakan rusak berat. Tidak ada korban meninggal, luka berat (rawat inap) 12 orang dan 3 orang diantaranya mengalami luka bakar grade 3, rawat jalan 150 orang dan pengungsi 2300 orang. Selain itu, satu unit Puskesmas mengalami rusak sedang. Pemerintah setempat telah melakukan evakuasi penduduk serta memberikan pelayanan kesehatan dasar dan rujukan bagi para korban. Masa tanggap darurat selama 14 hari.

Setelah masa tanggap darurat dinyatakan berakhir, Pemerintah setempat mengumumkan bahwa tidak ada korban meninggal, 3 orang masih dirawat inap di RSUD R, pengungsi sebanyak 2300 orang dan ditampung di barak sementara. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi DI Yogyakarta membentuk tim untuk menilai kerusakan, kerugian dan kebutuhan bidang kesehatan pasca bencana. Tim ini melibatkan ahli dari dinas terkait seperti dinas PU untuk menilai tingkat kerusakan Puskesmas.

1. Tim melakukan persiapan
2. Tim melakukan pengumpulan data sekunder berupa: (untuk panduan lihat formulir 2 – 6)
 - a. data dasar Puskesmas yang rusak terdiri dari jumlah dan jenis tenaga serta obat dan perbekalan kesehatan. Bangunan seluas 200 m². Nakes PKM terdiri dari 1 orang dokter umum, 5 perawat, 2 bidan, 2 asisten apoteker dan

1 tenaga administrasi. Alat yang dimiliki adalah 3 stetoskop, 2 tensimeter, 1 examination lamp, 2 kit persalinan, 2 hecting set, 1 sterilisator, 2 meja periksa, dan 2 tempat tidur periksa. Bangunan fisik PKM mengalami kerusakan dan semua alat rusak akibat bencana dan tidak dapat diperbaiki lagi.

b. jumlah penduduk yang mengungsi dan distribusinya berdasarkan jenis kelamin dan usia serta jumlah kelompok rentan. Jumlah pengungsi 500 orang terdiri dari 350 orang laki-laki dan 150 orang perempuan. Jumlah bayi 15 dan balita 30. Jumlah ibu hamil 15 orang, ibu menyusui 20 orang, dan lansia 60 orang.

3. Tim melakukan pengumpulan data primer dengan melakukan identifikasi, survei dan wawancara menggunakan form pengambilan data primer dengan hasil:

Substansi	Kesehatan				
	Kuantitatif			Kualitatif	
	Kerusakan	Kerugian	Gangguan akses	Gangguan Fungsi	Peningkatan Risiko
Fasilitas pelayanan kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> - 1 unit PKM rusak berat - 1 paket alat PKM rusak 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 tenda poskes didirikan di lokasi pengungsi untuk memberikan pelayanan kesehatan - Tenaga kesehatan berasal dari PKM yang mengalami kerusakan. Tidak ada biaya operasional tambahan untuk nakes. - 1 unit ambulans disiapkan 	<ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada gangguan akses ke pelayanan kesehatan 	<ul style="list-style-type: none"> - Tenaga kesehatan mengalami kelelahan karena bekerja dibawah tenda - Pengungsi yang berada di lokasi pengungsian sementara dapat menderita penyakit yang berpotensi KLB - Sarana air bersih dan sanitasi terbatas 	<ul style="list-style-type: none"> - Pelayanan kesehatan tidak optimal - Ancaman KLB

Substansi	Kesehatan				
	Kuantitatif			Kualitatif	
	Kerusakan	Kerugian	Gangguan akses	Gangguan Fungsi	Peningkatan Risiko
Perawatan pasien luka bakar di RSUD R					Perlu perawatan sampai dinyatakan sembuh

Untuk mengumpulkan data kerusakan pada aset fisik dapat menggunakan formulir 1.

4. Analisis Data

a. Penilaian kerusakan

1) Nilai kerusakan bangunan puskesmas

Nilai kerusakan = 1 unit rusak sedang seluas 200 m² X Rp 2.750.000,- X 1,3158 (standar biaya dan indeks biaya satuan kesehatan bisa dilihat pada Formulir 13) = Rp. 723.690.000,-

2) Nilai kerusakan alat (misalnya harga alat total Rp. 70.000.000,-) (Untuk panduan lihat Formulir 9)

Nilai kerusakan = 1 paket X Rp. 70.000.000,- X 1,3158

= Rp. 92.106.000,-

Total nilai kerusakan = Rp. 723.690.000 + Rp. 92.106.000

= Rp. 815.796.000,-

b. Penilaian kerugian

Komponen Kerugian	Kegiatan	Lokasi	Volume	Harga Satuan	Jumlah
Yankes dasar	Mendirikan tenda	SDN 03	1 unit tenda	Rp 500.000	Rp 500.000
	Mendirikan tenda	SDN 03	5 org X 1 hr	Rp 110.000	Rp 550.000
Yankes rujukan	Merujuk pasien ke RSUD menggunakan ambulans	RSUD R	2 L X 7 hr	Rp 4.500	Rp 63.000
	Perawatan korban luka bakar	RSUD R	3 org X 14 hr	Rp 1.000.000	Rp 42.000.000
Total					Rp 43.113.000

c. Penilaian kebutuhan dilakukan dengan tahapan sebagai berikut:

- 1) Identifikasi kebutuhan rehabilitasi PKM yang rusak
- 2) Identifikasi kebutuhan kegiatan (program) pelayanan kesehatan di fasyankes dan lokasi pengungsian
- 3) Identifikasi besaran biaya untuk pelaksanaan kegiatan (program) pelayanan kesehatan seperti yang dimaksud pada nomor 2)
- 4) Nilai kebutuhan rehabilitasi PKM atau sebesar nilai kerusakan bangunan PKM (Untuk panduan lihat Formulir 10, 11, 12 dan 13)
- 5) Asumsikan kebutuhan pelaksanaan kegiatan (program) pelayanan kesehatan selama 6 bulan.

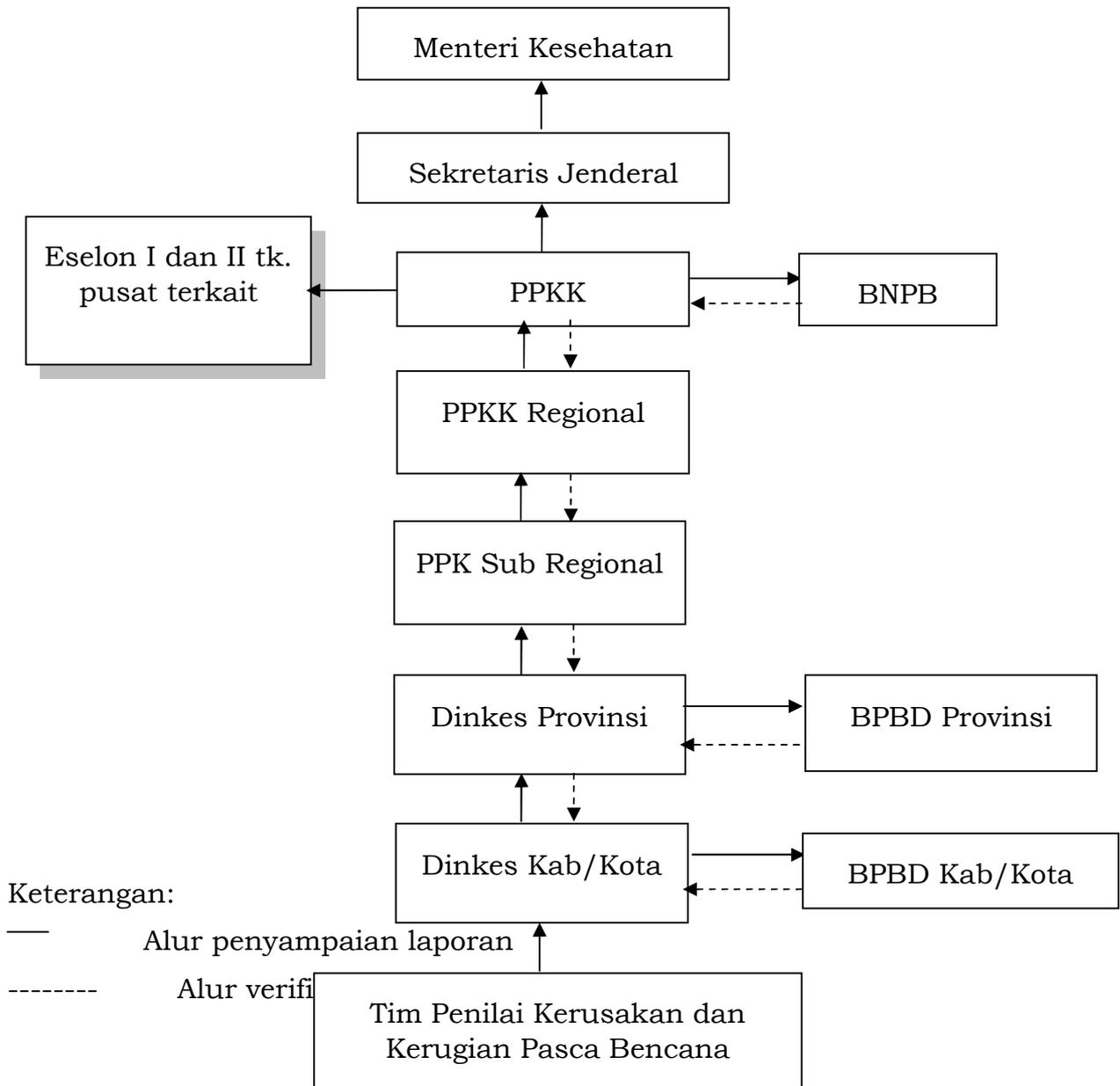
5. Pelaporan

Penyusunan laporan penilaian kerusakan, kerugian, dan kebutuhan sumber daya kesehatan adalah 1-2 minggu, dengan asumsi semua data dan informasi yang diperlukan telah tersedia.

Laporan hasil penilaian disampaikan secara berjenjang dari dinas kesehatan kabupaten/kota kepada dinas kesehatan provinsi sampai dengan Kementerian Kesehatan. Alur penyampaian laporan adalah sebagai berikut:

Laporan hasil penilaian akan diverifikasi oleh Pemerintah yang melibatkan pemangku kepentingan terkait.

Gambar 3.3 Alur Penyampaian Laporan



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIC INDONESIA,

NAFSIAH MBOI

PENGUMPULAN DATA SEKUNDER

SATUAN TUGAS KESEHATAN TERKAIT PENANGGULANGAN KRISIS KESEHATAN AKIBAT BENCANA

KABUPATEN/KOTA..... TAHUN

NO	JENIS TIM KESEHATAN	JUMLAH TIM	JUMLAH DAN JENIS TENAGA	PELATIHAN YANG PERNAH DIKUTI	ASAL ANGGOTA	KEWENANGAN MOBILISASI
1	TIM REAKSI CEPAT		Dokter			
			Perawat			
			Apoteker			
			Asisten Apoteker			
			Epidemiolog/Surveilans			
			Transporter			
			Staf Komunikasi			
			Lainnya			
2	TIM RHA		Dokter			
			Epidemiologi/Surveilans			
			Sanitarian			
			Ahli Gizi			
			Lainnya			
3	TIM BANTUAN KESEHATAN		Dokter			
			Dokter Spesialis			
			Perawat			
			Bidan			
			Apoteker			
			Asisten Apoteker			
			Epidemiolog/Surveilans			
			Transporter			
			Staf Komunikasi			
			Entomologis			
			Ahli Kesehatan Khusus			
			Lainnya ...			

FORMULIR 6

PENGUMPULAN DATA SEKUNDER

Data Ketenagaan Unit Kerja Pengelola Program Terkait Penanggulangan Krisis Kesehatan Akibat Bencana Pada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota ... Tahun ...

NO	TINGKAT PENDIDIKAN	JUMLAH TENAGA	PELATIHAN YANG PERNAH DIIKUTI	JUMLAH TENAGA YANG MASIH DIBUTUHKAN
1	S2 Kesehatan			
2	S2 Non Kesehatan			
3	S1/D4 Kesehatan			
4	S1/D4 Non Kesehatan			
5	D3 Kesehatan			
6	D3 Non Kesehatan			
7	SLTA Kesehatan			
8	SLTA Umum			
9	Lainnya ...			
	Jumlah			

FORMULIR 7

ANALISA DATA AKIBAT TERHADAP AKSES, FUNGSI DAN RESIKO SERTA ANALISA KEBUTUHAN PEMULIHAN

NO	Substansi Kesehatan	Lokasi	Akibat Terhadap Akses, Fungsi dan Resiko			Kebutuhan kegiatan pemulhan (Analisa kebutuhan pemulhan dengan melihat pada akibat yang telah diidentifikasi)
			Point penting hasil pengolahan data survey	Point penting hasil wawancara/diskusi kelompok terfokus	Point penting hasil pendataan ke SKPD lain	
1	Pelayanan Kesehatan					
2	Pelayanan kesehatan dasar					
3	Pelayanan kesehatan rujukan					
4	Pelayanan kesehatan ibu					
5	Pelayanan kesehatan anak					
6	Pelayanan kesehatan di pengungsian					
7	Imunisasi					
8	Lainnya ...					

FORMULIR 8

REKAPITULASI KEBUTUHAN PASCA BENCANA (PDNA)

Sektor	Komponen Kebutuhan	Kegiatan	Lokasi	Volume	Harga Satuan	Jumlah	Keterangan
Kesehatan	Pelayanan Kesehatan Dasar						
	Pelayanan Kesehatan Rujukan						
	Pelayanan Kesehatan Ibu						
	Pelayanan Kesehatan Anak						
	Pembangunan Rumah Sakit						
	Pembangunan Puskesmas						
	Penggantian Alat Kesehatan						
	Lainnya ...						

KRITERIA KERUSAKAN BANGUNAN AKIBAT BENCANA

No.	Kategori Kerusakan	Kriteria Kerusakan	Uraian Penjelasan
I	Rusak Berat (RB)	Bangunan roboh atau sebagian besar komponen rusak	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Secara fisik kondisi kerusakan > 70%; ▪ Bangunan roboh total; ▪ Sebagian besar struktur utama bangunan rusak; ▪ Sebagian besar dinding dan lantai bangunan patah/retak; ▪ Komponen penunjang lainnya rusak total; ▪ Membahayakan/berisiko difungsikan; ▪ Perbaiki dengan rekonstruksi.
II	Rusak Sedang (RS)	Bangunan masih berdiri, sebagian kecil komponen struktur rusak, dan komponen penunjangnya rusak	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Secara fisik kerusakan 30%–70%; ▪ Bangunan masih berdiri; ▪ Sebagian kecil struktur utama bangunan rusak; ▪ Sebagian besar komponen penunjang lainnya rusak; ▪ Relatif masih berfungsi; ▪ Perbaiki dengan rehabilitasi.
III	Rusak Ringan (RR)	Bangunan masih berdiri, sebagian komponen struktur retak (struktur masih bisa difungsikan)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Secara fisik kerusakan < 30%; ▪ Bangunan masih berdiri; ▪ Sebagian kecil struktur bangunan rusak; ▪ Retak-retak pada dinding plesteran; ▪ Sebagian kecil komponen penunjang lainnya rusak; ▪ Masih bisa difungsikan; ▪ Perbaiki ringan.

Sumber: Ditjen Cipta Karya, DPU, 2006, Pedoman Teknis Rumah dan Bangunan Gedung Tahan Gempa Dilengkapi dengan Metode dan Cara Perbaikan Konstruksi Ditjen Cipta Karya, Kementerian Pekerjaan Umum.

KRITERIA KERUSAKAN AIR BERSIH DAN SANITASI

No.	Kategori Kerusakan	Kriteria Kerusakan	Uraian Penjelasan
I	Rusak Berat (RB)	Bangunan utama dan jaringan pipa sebagian besar rusak	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Secara fisik kondisi kerusakan > 70%; ▪ Sebagian besar bangunan utama dan sistem jaringan pipa rusak; ▪ Sebagian besar bangunan pengolahan dan perpipaan rusak; ▪ Tidak dapat berfungsi sama sekali; ▪ Perbaiki dengan rekonstruksi.
II	Rusak Sedang (RS)	Bangunan utama masih ada, jaringan pipa induk dan sebagian kecil komponen struktur rusak	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Secara fisik kerusakan 30% – 70%; ▪ Struktur bangunan pengolahan dan jaringan ada; ▪ Sebagian kecil struktur utama rusak; ▪ Relatif masih berfungsi; ▪ Perbaiki dengan rehabilitasi.
III	Rusak Ringan (RR)	Bangunan utama dan jaringan ada, sebagian bangunan penunjang rusak tapi masih bisa difungsikan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Secara fisik kerusakan < 30%; ▪ Bangunan masih ada; ▪ Sebagian kecil bangunan pengolahan dan jaringan perpipaan rusak ringan; ▪ Sebagian kecil komponen penunjang lainnya rusak; ▪ Masih bisa difungsikan; ▪ Perbaiki ringan.

FORMULIR 12

SATUAN BIAYA FISIK DAN NON FISIK SEKTOR KESEHATAN

(Contoh Pengisian)

No	Kegiatan Fisik	Satuan		Biaya Standar	Kegiatan Non Fisik	Satuan		Biaya Standar
1.	Pembangunan rumah sakit (tingkat daerah); - pembangunan kembali rumah sakit sesuai standar (kelas)	Unit	m ²	Rp. 3.250.000	Penyediaan layanan kesehatan dasar: Kegiatan pelayanan kesehatan dasar (alokasi anggaran untuk biaya pemeriksaan dan obat-obatan)	Orang		
2.								

INDEKS SATUAN BIAYA 66 KABUPATEN/KOTA DI INDONESIA SEKTOR KESEHATAN

No	Provinsi	Kabupaten / Kota	ISB Kesehatan
1.	Aceh	Banda Aceh	1,3684
2.	Aceh	Lhokseumawe	1,0796
3.	Sumatera Utara	Sibolga	0,7969
4.	Sumatera Utara	Pematang Siantar	0,8551
5.	Sumatera Utara	Medan	1,0041
6.	Sumatera Utara	Padang Sidempuan	1,0265
7.	Sumatera Barat	Padang	0,9470
8.	Riau	Pakanbaru	1,4640
9.	Riau	Dumai	1,1493
10.	Jambi	Jambi	0,8579
11.	Sumatera Selatan	Palembang	1,0371
12.	Bengkulu	Bengkulu	0,9263
13.	Lampung	Bandar Lampung	0,8296
14.	Kepulauan Riau	Tanjung Pinang	0,8442
15.	Kepulauan Riau	Batam	1,4581
16.	Bangka Belitung	Pangkal Pinang	1,0260
17.	DKI Jakarta	Jakarta	1,9457
18.	Jawa Barat	Bogor	0,7924
19.	Jawa Barat	Sukabumi	0,9506
20.	Jawa Barat	Bandung	1,0000
21.	Jawa Barat	Cirebon	0,6856
22.	Jawa Barat	Bekasi	0,9355
23.	Jawa Barat	Depok	1,2565
24.	Jawa Barat	Tasikmalaya	0,7781
25.	Jawa Tengah	Purwokerto	0,7796
26.	Jawa Tengah	Surakarta	0,8321
27.	Jawa Tengah	Semarang	1,0317
28.	Jawa Tengah	Tegal	0,8502
29.	DI Yogyakarta	Yogyakarta	1,3158
30.	Jawa Timur	Jember	0,9252
31.	Jawa Timur	Sumenep	0,8500
32.	Jawa Timur	Kediri	0,9380
33.	Jawa Timur	Malang	1,1426
34.	Jawa Timur	Probolinggo	0,8482
35.	Jawa Timur	Madiun	1,0572
36.	Jawa Timur	Surabaya	1,6045
37.	Banten	Serang	1,1788
38.	Banten	Tangerang	1,0864
39.	Banten	Cilegon	0,9736
40.	Bali	Denpasar	1,2439
41.	Nusa Tenggara Barat	Mataram	07740
42.	Nusa Tenggara Barat	Bima	0,6665
43.	Nusa Tenggara Timur	Maumere	0,7496
44.	Nusa Tenggara Timur	Kupang	0,8502
45.	Kalimantan Barat	Pontianak	1,1357

No	Provinsi	Kabupaten / Kota	ISB Kesehatan
46.	Kalimantan Barat	Singkawang	1,0305
47.	Kalimantan Barat	Sampit	0,8221
48.	Kalimantan Tengah	Palangkaraya	0,9019
49.	Kalimantan Selatan	Banjarmasin	0,8027
50.	Kalimantan Timur	Balikpapan	0,9853
51.	Kalimantan Timur	Samarinda	1,1927
52.	Kalimantan Timur	Tarakan	0,9140
53.	Sulawesi Utara	Manado	0,9076
54.	Sulawesi Tengah	Palu	1,0686
55.	Sulawesi Selatan	Watampone	0,7845
56.	Sulawesi Selatan	Makassar	1,0828
57.	Sulawesi Selatan	Pare Pare	0,8339
58.	Sulawesi Selatan	Palopo	0,9087
59.	Sulawesi Tenggara	Kendari	1,0044
60.	Gorontalo	Gorontalo	0,6767
61.	Sulawesi Barat	Mamuju	0,8738
62.	Maluku	Ambon	1,4763
63.	Maluku Utara	Ternate	1,2958
64.	Papua Barat	Manokwari	1,1227
65.	Papua	Sorong	0,9521
66.	Papua Barat	Jayapura	1,4198