

Buku Pegangan Sphere

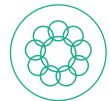
Piagam Kemanusiaan dan Standar-standar
Minimum dalam Respons Kemanusiaan

The Sphere Handbook

Humanitarian Charter and Minimum
Standards in Humanitarian Response



Edisi 2018





Buku Pegangan Sphere

Piagam Kemanusiaan dan Standar-standar
Minimum dalam Respons Kemanusiaan

The Sphere Handbook

Humanitarian Charter and Minimum
Standards in Humanitarian Response

Oleh: Tim Sphere

Edisi 2018

Buku Pegangan Sphere

Piagam Kemanusiaan dan Standar-standar Minimum dalam Respons Kemanusiaan

The Sphere Handbook

Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response

Oleh: Tim Sphere

Sphere Association
3 Rue de Varembé
1202 Geneva, Switzerland
Email: info@spherestandards.org
Website: www.spherestandards.org

Edisi Pertama 2000
Edisi Kedua 2004
Edisi Ketiga 2011
Edisi Keempat 2018

ISBN: 978-623-98462-0-6

Hak Cipta © Sphere Association, 2018

Hak Cipta untuk Standar Kemanusiaan Inti mengenai Mutu dan Akuntabilitas © CHS Alliance, Sphere Association and Groupe URD, 2018

Hak Cipta dilindungi undang-undang. Bahan-bahan ini mempunyai hak cipta, namun boleh digandakan tanpa biaya untuk tujuan Pendidikan, termasuk untuk pelatihan, penelitian dan kegiatan-kegiatan program, dengan menyatakan ucapan terima kasih kepada pemegang hak cipta. Tidak diperuntukkan untuk penjualan kembali. Menggandakan untuk tujuan lain, memuatnya di situs, menggunakan dalam publikasi lain atau untuk penerjemahan atau adaptasi, ijin tertulis sebelumnya harus diperoleh dengan mengirim surat elektronik ke info@spherestandards.org.

Suatu catatan katalog penerbitan ini tersedia dari The British Library dan the US Library of Congress.

ISBN 978-1-908176-400 PBK
ISBN 978-1-908176-608 Epub
ISBN 978-1-908176-707 PDF

Kutipan: Sphere Association. The Sphere Handbook: Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response, Edisi Keempat, Geneva, Switzerland, 2018.
www.spherestandards.org/handbook

Proyek Sphere dimulai pada tahun 1997 oleh sekelompok Organisasi Non-Pemerintah dan Gerakan Palang Merah dan Bulan Sabit Merah untuk mengembangkan seperangkat standar-standar minimum semesta dalam bidang-bidang utama respons kemanusiaan: buku panduan Sphere. Tujuan buku panduan ini adalah untuk meningkatkan mutu respons kemanusiaan dalam situasi bencana dan konflik, dan untuk menguatkan akuntabilitas aksi kemanusiaan terhadap penduduk terdampak krisis kemanusiaan. Piagam Kemanusiaan dan Standar-standar minimum dalam respons kemanusiaan adalah hasil upaya dan pengalaman bersama banyak orang maupun lembaga-lembaga, sehingga panduan ini tidak dipandang sebagai produk yang mewakili pandangan salah satu pihak. Pada tahun 2016, Proyek Sphere didaftar sebagai the Sphere Association.

Buku ini disebarluaskan untuk the Sphere Association oleh Practical Action Publishing dan agen dan perwakilannya di seluruh dunia. Practical Action Publishing (UK Company Reg. No. 1159018) sepenuhnya memiliki perusahaan penerbitan Practical Action dan berdagang hanya untuk mendukung sasaran program solidaritas induknya.

Practical Action Publishing, 27a, Albert Street, Rugby, CV21 2SG, United Kingdom
Tel +44 (0) 1926 634501; Fax +44 (0)1926 634502
Website: www.practicalactionpublishing.org

Buku dalam Bahasa Inggris dirancang oleh: Non-linear Design Studio, Milan, Italy
Buku dalam Bahasa Inggris dicetak oleh: Shortrun Press, United Kingdom.
Typeset by Prompt eServices, India

The Sphere Project memberikan izin kepada Masyarakat Penanggulangan Bencana Indonesia (MPBI) untuk menerjemahkan dan menerbitkan The Sphere Project Handbook: Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response Edisi 2018 ke dalam Bahasa Indonesia dengan judul Buku Pegangan Sphere: Piagam Kemanusiaan dan Standar-standar Minimum dalam Respons Kemanusiaan.

Edisi Bahasa Indonesia diterjemahkan oleh:
Masyarakat Penanggulangan Bencana Indonesia (MPBI)
VOOffice - East Rawamangun, Jl. Perserikatan A No.01 RT. 002 RW. 08 Rawamangun, Pulogadung
Jakarta Timur - DKI Jakarta 13220
Copyright Edisi Bahasa Indonesia © Masyarakat Penanggulangan Bencana Indonesia (MPBI)

Tim Penerjemah MPBI: dr. H. Iskandar Leman, MDM (Koordinator), Catur Sudiro, dr. Corona Rintawan, Sp.EM, Danang A. Nizar, BRTP (Hons), MA, dr. Era Catur Prasetya, Sp.KJ, dr. Eva Delsi, Sp.Em, Yuniarti Wahyuningtyas, Siti Istikanah
Editor: Dr. Jonatan Lassa, Dr. Puji Pujiono, MSW, Dr. Avianto Amri

Catatan Tim Penerjemah

Kata kapasitas dan kemampuan sering di pakai secara bergantian. Ada konteks di mana keduanya di pakai bersamaan karena pentingnya lebih eksplisit sesuai edisi asli Bahasa Inggris. Dalam konteks tertentu, kata 'kapasitas' lebih tepat digunakan karena sudah menjadi padanan kata yang relatif sering digunakan oleh praktisi bencana di Indonesia.

Untuk tujuan variasi dan konteks, kata krisis dan bencana sering bertukar tempat. Kata krisis juga dipakai untuk mengantisipasi jenis bencana yang dipicu oleh faktor sosial.

Terminologi seperti aksi-aksi kunci (dalam terjemahan Sphere Standard Bahasa Indonesia versi 2011) dalam edisi ini kami terjemahkan sebagai tindakan-tindakan kunci.

Kata *response* dalam Bahasa Inggris diterjemahkan secara ragam baik sebagai respons, respons darurat, respons kemanusiaan ataupun respons. Sedangkan *responder* di terjemahkan sebagai perespons.

Berbeda dari Edisi Bahasa Indonesia 2011 dan upaya lebih konsisten, dalam terjemahan kali ini, *affected population* diterjemahkan sebagai penduduk terdampak. Walau ada juga yang kami terjemahkan sebagai komunitas terdampak (*affected communities*). Sedangkan *survivors* diterjemahkan sebagai penyintas. Namun sesuai konteks kalimatnya, terkadang penduduk terdampak disesuaikan dengan konteks penggunaan kalimat dengan 'warga penyintas' ketimbang 'komunitas terdampak' atau 'orang-orang terdampak'.

Cash transfer dan *cash assistance* di terjemahkan sebagai bantuan keuangan (non) tunai. Ambiguitas ini bersumber dari keengganan pemerintah dalam menerjemahkan secara lurus *cash assistance* sebagai bantuan keuangan tunai karena dalam prakteknya transfer melalui bank tidak dilihat sepenuhnya sebagai tunai, walaupun bagi pengguna Bahasa Inggris, tunai bisa bermakna langsung secara harfiah diberikan maupun melalui kartu-kartu digital serta tranfer bank.

Entitlements adalah salah satu kata yang sulit diterjemahkan. Dalam edisi ini kami menggunakan *keberhakan* sebagai padanan yang tepat untuk membedakan hak sebagai terjemahan dari *rights*.

Hygiene promotion di terjemahkan sebagai promosi higiene. Sedangkan *Livelihoods Support* diterjemahkan sebagai *dukungan penghidupan*

Daftar Isi

Sambutan	v
Kata Pengantar	vii
Foreword.....	viii
Ucapan Terimakasih.....	ix
Apa itu Sphere?.....	1
Daftar Isi	3
Apa itu Sphere?.....	4
Piagam Kemanusiaan	27
Prinsip-prinsip Perlindungan.....	33
Standar Kemanusiaan Inti	53
Pasokan Air, Sanitasi, dan Promosi Higiene (WASH).....	99
Ketahanan Pangan dan Gizi.....	165
Hunian dan Permukiman	247
Kesehatan	303
Lampiran	
Lampiran 1: Landasan Hukum Sphere.....	385
Lampiran 2: Kode Etik.....	399
Lampiran 3: Singkatan dan Akronim.....	406
Indeks.....	408

Sambutan

Buku Pegangan Sphere di tangan Anda ini menandai peringatan ulang tahunnya yang ke-20 dengan penerbitan Edisi Keempat. Edisi ini merupakan suatu hasil mobilisasi yang terus-menerus selama setahun yang melibatkan para pelaku kemanusiaan di seluruh dunia, dan merefleksikan pengalaman selama dua dekade dalam menerapkan standar-standar yang dioperasikan di lini terdepan, dalam pengembangan serta advokasi kebijakan untuk menegakkan kualitas dan akuntabilitas yang berprinsip.

Dengan kerangka kerja yang jelas dan berbasis hak, buku ini ditulis di atas landasan hukum dan etika kemanusiaan yang disertai arahan pragmatis, praktik baik skala global dan berbasis bukti yang dihimpun untuk mendukung pekerja kemanusiaan dimanapun mereka bekerja.

Sphere memiliki tempat yang unik di sektor dan di lansekap kemanusiaan yang senantiasa berevolusi. Edisi Keempat ini disusun berdasarkan umpan-balik dari komitmen internasional yang dibuat pada *World Humanitarian Summit* 2016, Agenda Pembangunan Berkelanjutan 2030 dan sejumlah inisiatif global lainnya.

Walaupun tataran kebijakan dan teknologi terus berkembang, kita memahami bahwa kebutuhan manusia untuk bertahan hidup dalam situasi konflik dan bencana umumnya tidak berubah di manapun krisis itu terjadi. *Sphere* mendukung dan berkontribusi terhadap berbagai proses kebijakan global maupun lokal dengan mengingatkan kembali kemestian mendasar untuk menyediakan bantuan yang akuntabel demi menolong warga agar dapat bertahan, pulih dan membangun kembali kehidupannya secara bermartabat.

Kekuatan dan jangkauan *Sphere* secara global dimungkinkan karena *Sphere* itu adalah milik semua orang. Rasa kepemilikan ini diperbarui setiap beberapa tahun sekali, ketika standar-standar tersebut ditinjau dan direvisi oleh para penggunanya sendiri. Pada kesempatan seperti itu, kita secara kolektif menyatakan ulang komitmen dan menyepakati aksi yang lebih baik untuk memastikan agar para praktisi bisa mendapatkan informasi terbaik di manapun mereka bekerja. Hal ini membuat *Sphere* menjadi suatu bahan referensi inti dan sebagai pengingat dasar tentang pentingnya martabat manusia dan hak mereka untuk berpartisipasi penuh dalam berbagai keputusan yang akan memengaruhi mereka.

Sphere merupakan salah satu dasar dari pekerjaan kemanusiaan. *Sphere* merupakan titik awal bagi para pelaku kemanusiaan pemula dan merupakan suatu referensi untuk para staf yang sudah berpengalaman, memberikan arahan tentang berbagai tindakan prioritas serta tempat untuk mencari informasi secara teknis yang lebih rinci. Para mitra standar kami bahkan memberikan dukungan yang lebih banyak pada beberapa sektor khusus diluar ranah *Sphere* untuk membantu pemulihan dan perkembangannya.

Edisi ini terbantu oleh ribuan masukan dari para pelaku kemanusiaan yang bekerja pada lebih dari 450 organisasi di setidaknya 65 negara di seluruh dunia. Jangkauannya mencerminkan pengalaman yang berasal dari konteks yang beragam, tantangan yang luar biasa dan dari berbagai tipe pelaku kemanusiaan. Standar ini tidak akan tersusun

tanpa komitmen yang teguh dari Anda semua. Anda patut mendapatkan ucapan terima kasih dari kami untuk kontribusi Anda selama proses revisi buku ini dan, tentu saja, selama dua dekade ini.

Kami berharap dapat terus melanjutkan kegiatan penting ini dan belajar bersama dengan Anda selama penggunaan buku pegangan ini.



Martin McCann
Sphere Board Chair



Christine Knudsen
Executive Director

Kata Pengantar



Puji dan syukur kami panjatkan kehadiran Allah SWT atas berkat karunia-Nya, buku *Sphere* versi 2018 ini sudah selesai diterjemahkan ke bahasa Indonesia dan siap untuk digunakan. Buku *Sphere* telah menjadi panduan untuk para lembaga kemanusiaan di tingkat global semenjak tahun 2000 dan hingga kini sudah direvisi sebanyak tiga kali.

Masyarakat Penanggulangan Bencana Indonesia (MPBI) sejak awal sudah terlibat aktif dalam proses penggunaan *Sphere* di Indonesia. Beberapa pendiri MPBI terlibat dalam menerjemahkan, mempublikasikan, melakukan sosialisasi, dan mengenalkan buku *Sphere* edisi pertama ini.

Salah satu pendiri MPBI kemudian menjadi *focal point Sphere* di Indonesia yang menjadikan MPBI memiliki komitmen untuk menyebarkan pengetahuan, mempromosikan secara aktif, dan mengadvokasi penerapan prinsip dan standar *Sphere* di Indonesia. Sebagai *Country Focal Point*, kami bekerja bersama pemerintah Indonesia di tingkat pusat dan di daerah serta berbagai jejaring lembaga kemanusiaan non-pemerintah untuk menggunakan standar-standar *Sphere* sebagai acuan untuk kebijakan dan regulasi terkait penanganan bencana, berbagi ilmu mengenai operasi kemanusiaan yang berkualitas dan akuntabel, menyelenggarakan peningkatan kapasitas terkait *Sphere*, dan berpartisipasi dalam sosialisasi penggunaan buku *Sphere*.

Sejak awal terbit hingga sekarang, buku *Sphere* telah mewarnai upaya penanggulangan bencana di Indonesia dan menjadi salah satu sumber rujukan bagi pekerja kemanusiaan di Indonesia. Buku Pedoman *Sphere* Edisi 2018 ini merupakan satu paket lengkap sebuah buku panduan yang di dalamnya memuat Piagam Kemanusiaan dan Standar-standar Minimum Aksi-aksi Kemanusiaan, Prinsip-prinsip perlindungan, dan Standar Kemanusiaan Inti untuk mendukung mutu serta akuntabilitas dalam mencapai Standar-standar Minimum.

Buku *Sphere* versi 2018 terjemahan bahasa Indonesia ini merupakan edisi pertama. MPBI mengajak seluruh pihak untuk mengkaji dan menggunakan buku *Sphere* ini serta memberikan masukan, menyempurnakan penerjemahan, menyediakan rekomendasi, serta berbagi pembelajaran dan pengalaman dalam penanganan bencana dengan menggunakan buku *Sphere* ini sebagai referensi. Situasi pandemi COVID-19 yang saat ini sedang terjadi juga menjadi momentum spesial bagi para aktor kemanusiaan dalam memastikan penanganan bencana yang aman dan bermartabat.

Kami mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya kepada tim penerjemah yang dipimpin oleh dr. H. Iskandar Leman dan Catur Sudiro, tim penyunting yaitu Dr. Puji Pujiono dan Dr. Jonatan Lassa, serta kepengurusan MPBI sebelumnya (2019-2021) yang dikoordinir oleh Dandi Prasetya dan Siti Istikanah yang telah menginisiasi proses penerjemahan buku *Sphere* ini. Kami berharap panduan ini dapat dimanfaatkan dengan baik serta menjadi acuan untuk seluruh aktor-aktor kemanusiaan baik secara institusi, jejaring, maupun individu sebagai acuan untuk penanganan bencana yang berkualitas, efektif, dan akuntabel.

Salam Kemanusiaan

Avianto Amri, PhD

Ketua Umum

Pengurus MPBI 2021 - 2024

Foreword

This fourth edition of the Sphere Handbook builds on more than two decades of experience using Sphere standards in humanitarian operations, policy and advocacy to uphold quality and accountability. It is informed by the most inclusive and far-reaching consultation in its history with more than 1,400 participants, 500 experts and 450 organizations across 65 countries.

The Sphere Handbook has a rights-based framework, and builds on the legal and ethical foundations of humanitarianism to provide pragmatic guidance, global good practice and evidence to support humanitarian professionals wherever they work.

Sphere standards are available in more than 40 languages. With each edition of the Sphere standards, the Sphere community collaborates to translate into more languages. Sphere standards are available in hardcopy, downloadable PDF files, as an interactive Handbook online with real-time user feedback, and through the mobile app *HSPapp*. They are available free to all humanitarian stakeholders for application in diverse contexts.

Sphere holds a unique place in a constantly evolving humanitarian landscape. Sphere is an enabler, facilitator, catalyst and advocate for quality and accountability in humanitarian action. We provide leadership and technical guidance on humanitarian standard which is evidence based and field tested, drawing on a wide range of global and local expertise.

The immediate needs of people in conflict and disasters remain largely the same wherever crisis strikes. Sphere standards support global and local humanitarian efforts to help people survive, recover, and rebuild their lives with dignity.

Sphere belongs to everyone in the humanitarian sector and this sense of ownership is renewed when the standards are periodically reviewed and revised by users and experts alike. Sphere is an important foundation of humanitarian work - an invaluable starting point for new humanitarians and a standing reference for experienced professionals.

Sphere also hosts the Humanitarian Standards Partnership, which consists of Sphere and six sets of standards covering Education, Child Protection, Older people and people with disabilities, Livestock, Economic Recovery and Market Analysis. These provide support in specific sectors beyond those covered in the Sphere Handbook.

We are grateful to all the individuals and organisations who contributed to this edition, for their continued and unwavering support and commitment.



Dr Balwant Singh

Sphere Executive Director

Ucapan Terimakasih

Edisi buku *Sphere* ini merupakan hasil proses konsultasi yang paling beragam dan luas dalam sejarah *Sphere*. Hampir 4.500 komentar secara *online* diterima dari 190 organisasi, dan lebih dari 1.400 orang berpartisipasi pada 60 acara langsung yang dipandu oleh rekan-rekan di 40 negara di dunia. *Sphere* mengucapkan terima kasih banyak atas besarnya skala dan luasnya kontribusi yang telah diberikan, termasuk yang berasal dari organisasi non-pemerintah skala nasional, lokal dan internasional, otoritas nasional dan berbagai kementerian, Gerakan Palang Merah dan Bulan Sabit Merah, berbagai universitas, organisasi PBB dan para praktisi individual.

Proses revisi ini dikoordinasi oleh kantor *Sphere*. Bab-bab individu dikembangkan oleh para penulis dengan dukungan antar-sektoral dari para ahli tematik yang telah ditunjuk dan para narasumber dari sektor kemanusiaan. Mayoritas para penulis dan ahli tematik tersebut diajukan oleh organisasi mereka masing-masing, mendedikasikan waktu dan usaha mereka sebagai suatu bentuk kontribusi di sektor kemanusiaan.

Kelompok penulis dan kelompok referensi dibuat untuk mendukung para penulis dan pakar tematik dalam pekerjaannya. *Sphere* mengakui kontribusi yang berharga dari para individu ini sepanjang tahun 2017 dan 2018. Daftar lengkap dari semua kelompok kerja dan kelompok referensi dapat dilihat di situs web Sphere, spherestandards.org. Para penulis utama dan ahli tercatat di bawah ini.

Bab-Bab Dasar

- **Piagam Kemanusiaan dan Lampiran:** Dr Mary Picard
- **Prinsip-prinsip Perlindungan:** Simon Russell (Global Protection Cluster) dan Kate Sutton (Humanitarian Advisory Group)
- **Standar Kemanusiaan Inti:** Takeshi Komino (CWSA Japan) dan Sawako Matsuo (JANIC)

Bab-Bab Teknis

- **Air, Sanitasi dan Promosi Higiene:** Kit Dyer (NCA) dan Jenny Lamb (Oxfam GB)
- **Ketahanan Pangan:** Daniel Wang'ang'a (WVI)
- **Gizi:** Paul Wasike (Save the Children USA)
- **Hunian dan permukiman:** Seki Hirano (CRS) dan Ela Serdaroglu (IFRC)
- **Kesehatan:** Dr Durgavasi (IFRC), Dr Julie Hall (IFRC), Dr Judith Harvie (International Medical Corps), Dr Unni Krishnan (Save the Children Australia), Dr Eba Pasha (independen)

Bab Hunian dan Permukiman dedikasikan untuk mengenang **Graham Saunders**, penulis dari bab ini pada edisi tahun 2004 dan 2011 serta penasehat pada perkembangan awal dari edisi 2018 ini.

Graham merupakan seorang pejuang kemanusiaan murni dan seorang juara dalam sektor Hunian. Visi, kepemimpinan dan tenaganya yang tak pernah surut telah menjadi instrumen dalam meletakkan berbagai isu hunian untuk kemanusiaan di atas peta dan membentuk lapangan bagi para generasi penerus di masa depan dalam praktisi hunian. Graham secara berkelanjutan berjuang untuk meningkatkan praktik dan profesionalisme kita di sektor ini. Graham akan terus dikenang sebagai seorang pionir, profesional dan teman.

Kerentanan, Kapasitas dan Pengaturan Operasional

- **Anak dan Perlindungan Anak:** Susan Wisniewski (Terre des Hommes)
- **Usia lanjut:** Irene van Horssen dan Phil Hand (HelpAge)
- **Gender:** Mireia Cano (GenCap)
- **Kekerasan berdasarkan gender:** Jeanne Ward (independen)
- **Orang berkebutuhan khusus:** Ricardo Pla Cordero (Humanity and Inclusion)
- **Orang yang hidup dengan dan terdampak HIV:** Alicia Fay (UNHCR)
- **Kesehatan jiwa dan dukungan psikososial:** Dr Mark van Ommeren (WHO), Peter Ventevogel (UNHCR)
- **Krisis berkepanjangan:** Sara Sekkenes (UNDP)
- **Situasi perkotaan:** Dr. Pamela Sitko (WVI)
- **Koordinasi sipil-militer:** Jennifer Jalovec dan Mark Herrick (WVI)
- **Lingkungan:** Amanda George dan Thomas Palo (Swedish Red Cross)
- **Pengurangan Risiko Bencana:** Glenn Dolcemascoco dan Muthoni Njogu (UNISDR)
- **Bantuan keuangan (non)tunai dan pasar:** Isabelle Pelly (CaLP)
- **Manajemen rantai persediaan dan logistik:** George Fenton (Humanitarian Logistics Association)
- **Pemantauan, evaluasi, akuntabilitas dan pembelajaran:** Joanna Olsen (CRS)

Dewan Pengarah Sphere (Mei 2018)

Action by Churches Together (ACT) Alliance (Alwynn Javier) * Aktion Deutschland Hilft (ADH) (Karin Settele) * CARE International (Phillipe Guiton) * CARITAS Internationalis (Jan Weuts) * Humanitarian Response Network, Canada (Ramzi Saliba) * InterAction (Julien Schopp) * The International Council of Voluntary Agencies (ICVA) (Ignacio Packer) * International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC) (David Fisher) * International Medical Corps (IMC) (Mary Pack) * The Lutheran World Federation (LWF) (Roland Schlott) * Office Africain pour le développement et la coopération (OFADEC) (Mamadou Ndiaye) * Oxfam International - Intermón (Maria Chaux Freixa) * Plan International (Colin Rogers) * RedR International (Martin McCann) * Save the Children (Unni Krishnan) * Sphere India (Vikrant Mahajan) * The Salvation Army (Damaris Frick) * World Vision International (WVI) (Isabel Gomes).

Terima kasih juga ditujukan untuk para anggota Dewan pengarah yang menginisiasi dan membantu revisi yang sudah tidak menjadi anggota lagi: Sarah Kambarami (ACT Alliance) * Anna Garvander (Church of Sweden/LWF) * Nan Buzard (ICVA) * Barbara Mineo (Oxfam International – Intermón) * Maxime Vieille (Save the Children).

Para Donor

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

Danish International Development Agency (DANIDA) * German Ministry of Foreign Affairs * Irish Aid * Australian Government – Department of Foreign Affairs and Trade (DFAT) * European Commission's Humanitarian Aid and Civil Protection Department (ECHO) through International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC) * USAID's Office of United States Foreign Disaster Assistance (OFDA) * Swedish International Development Cooperation Agency (SIDA) through Church of Sweden * Swiss Agency for Development and Cooperation (SDC) * United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) * United States Department of State Bureau of Population, Refugees and Migration (US-PRM).

Tim Revisi Buku Pegangan

Christine Knudsen, Direktur eksekutif (Sphere)

Aninia Nadig, Manajer Advokasi dan Networking (Sphere)

Editor : Kate Murphy dan Aimee Ansari (Translators without Borders)

Koordinator revisi : Lynette Larsen dan Miro Modrusan

Dengan dukungan dari para staf Sphere:

Tristan Hale, Manajer Pembelajaran dan Training

Wassila Mansouri, Petugas Jejaring dan Lapangan

Juan Michel, Manajer Komunikasi sampai dengan September 2017

Barbara Sartore, Manajer Komunikasi sejak Oktober 2017

Loredana Serban, Petugas Administrasi dan Keuangan

Kristen Pantano dan Caroline Tinka, pegawai magang

Dukungan konsultasi online: Markus Forsberg, (PHAP)

Rancangan buku: Non-linear (www.non-linear.com)

Edit bagian penyalinan, layout dan produksi: Practical Action Publishing (www.practicalactionpublishing.org)

Kimberly Clarke dan Megan Lloyd-Laney (CommsConsult)

Terima kasih khususnya untuk dukungan tambahan selama proses revisi buku pegangan ini untuk James Darcy, Malcolm Johnston, Hisham Khogali, Ben Mountfield, Dr Alice Obrecht, Ysabeau Rycx, Panu Saaristo, Manisha Thomas dan Marilise Turnbull.

Sphere Focal Points yang mengorganisir konsultasi revisi perorangan:

ADRA Argentina (Regional consultation with ADRAs South America)

Agency Coordinating Body for Afghan Relief (Afghanistan)

Alliance of Sphere Advocates in the Philippines (ASAP)

Amity Foundation (member of The Benevolence Standards Working Group, Focal Point for China)

BIFERD (Democratic Republic of Congo)

Community World Service Asia (Thailand and Pakistan)

Daniel Arteaga Galarza*, Sphere advisor to the National Risk Management System (Ecuador)

Dr Oliver Hoffmann* with the Sphere Focal Point for Germany

Grupo Esfera Bolivia

Grupo Esfera El Salvador

Grupo Esfera Honduras

Illiasou Adamou with the Child Protection sub-cluster (Niger)*

Masyarakat Penanggulangan Bencana Indonesia/*Indonesian Society for Disaster Management (MPBI)*

Institut Bioforce (France)

InterAction (United States)

Inter-Agency Accountability Working Group (Ethiopia)

Korea NGO Council for Overseas Development Cooperation (Korea, Republic of)

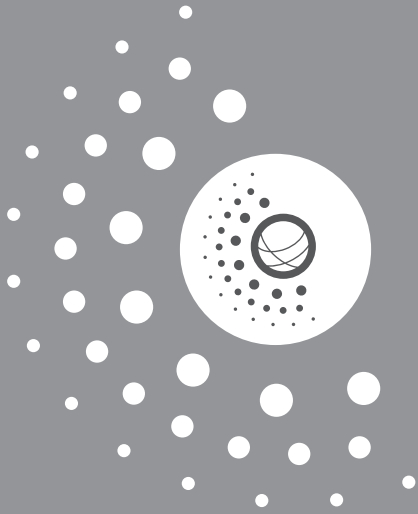
Sphere Community Bangladesh (SCB)

Sphere India

Ukraine NGO Forum

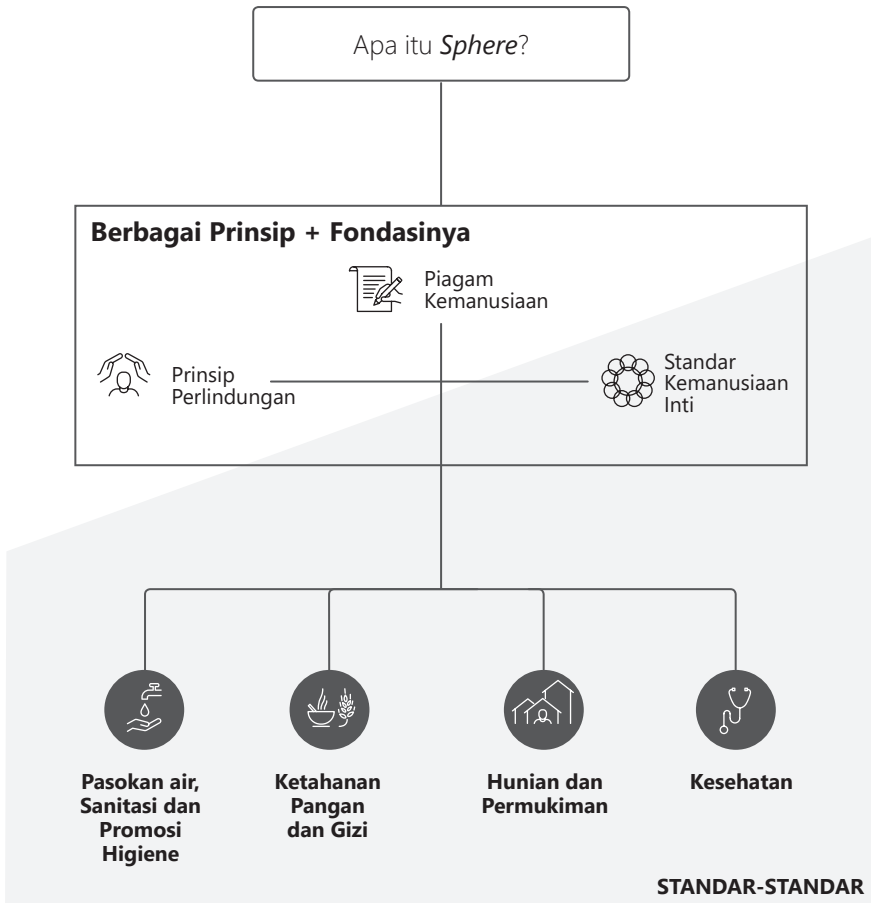
UNDP Chile

* focal points perorangan



Apa itu Sphere?

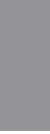
Buku Pegangan



- LAMPIRAN 1** Landasan Hukum *Sphere*
- LAMPIRAN 2** Kode Etik
- LAMPIRAN 3** Akronim dan Singkatan

Daftar Isi

Apa itu Sphere?.....	4
1. Buku Pegangan.....	4
Empat bab dasar dan empat bab teknis.....	4
Standar-standar Minimum mendorong suatu pendekatan yang konsisten.....	6
Struktur standar.....	6
Bekerja dengan indikator-indikator kunci.....	7
Hubungan dengan standar-standar lainnya.....	7
2. Penggunaan standar-standar dalam konteks.....	8
Standar yang berlaku disepanjang siklus program.....	9
Pengkajian dan Analisis.....	9
Pengembangan strategi dan perancangan program.....	9
Pelaksanaan.....	10
Pemantauan, evaluasi, akuntabilitas dan pembelajaran.....	10
Pemahaman tentang kerentanan dan kapasitas.....	10
Pemilahan Data.....	12
Anak-anak.....	12
Orang Lanjut Usia.....	13
Gender.....	13
Kekerasan berbasis Gender.....	13
Penyandang disabilitas.....	14
Orang-orang yang hidup dengan dan terdampak HIV.....	14
Orang-orang LGBTQI.....	15
Kesehatan jiwa dan dukungan psikososial.....	15
Pemahaman terhadap ranah operasional.....	15
Mendukung pelaku nasional dan lokal.....	16
Krisis yang berkepanjangan.....	16
Ranah perkotaan.....	17
Permukiman komunal.....	18
Pengaturan bersama angkatan bersenjata domestik maupun internasional... ..	18
Dampak lingkungan dari respons kemanusiaan.....	19
Lampiran Pemberian bantuan melalui pasar.....	20
Bacaan lebih lanjut.....	26



Apa itu Sphere?

Proyek *Sphere*, yang sekarang dikenal dengan *Sphere*, dibentuk pada tahun 1997 oleh sekelompok organisasi kemanusiaan non-pemerintah dan Gerakan Palang Merah dan Bulan Sabit Merah. Tujuannya yaitu untuk meningkatkan mutu respons kemanusiaan mereka dan agar kegiatan tersebut bersifat akuntabel. Filosofi *Sphere* berdasarkan pada dua keyakinan inti:

- Orang yang terdampak oleh bencana atau konflik memiliki hak untuk hidup dengan bermartabat dan, karena itu, mempunyai hak untuk memperoleh bantuan; dan
- Semua langkah-langkah yang memungkinkan harus diambil untuk mengurangi penderitaan manusia akibat bencana atau konflik.

Piagam Kemanusiaan dan Standar-standar Minimum meletakkan kedua keyakinan ini dalam bentuk praktik. Prinsip-prinsip Perlindungan menginformasikan semua aksi-aksi kemanusiaan, dan Standar Kemanusiaan Inti mengandung komitmen untuk mendukung akuntabilitas di seluruh sektor. Bersama-sama, keduanya membentuk Buku Pegangan *Sphere*, yang telah berkembang menjadi salah satu sumber referensi kemanusiaan dunia.

1. Buku Pegangan

Pengguna utama Buku Pegangan *Sphere* adalah para praktisi yang turut serta dalam merencanakan, mengatur atau melaksanakan suatu respons kemanusiaan. Termasuk para staf dan relawan organisasi non-pemerintah yang lokal, nasional dan internasional yang merespons terhadap suatu krisis, termasuk penyintas ataupun mereka yang terdampak oleh krisis tersebut. Buku Pegangan ini juga digunakan untuk advokasi kemanusiaan untuk meningkatkan mutu dan akuntabilitas dalam bantuan dan proteksi yang sejalan dengan prinsip-prinsip kemanusiaan. Buku ini makin sering digunakan oleh sektor pemerintah, pemberi donor, militer atau swasta untuk mengarahkan aksi mereka dan membantu mereka agar dapat bekerja secara konstruktif dengan berbagai organisasi kemanusiaan yang menggunakan standar-standar tersebut.

Buku Pegangan ini pertama kali dirancang pada tahun 1998, dengan edisi revisi yang dipublikasikan pada tahun 2000, 2004, 2011 dan 2018. Setiap proses revisi mengandalkan konsultasi lintas-sektor bersama para individu, agen perwakilan organisasi non-pemerintah (NGO/ORNOP/LSM), pemerintah dan Perserikatan Bangsa-Bangsa. Berbagai hasil standar dan tuntunan diinformasikan berdasarkan bukti yang merefleksikan 20 tahun pembuktian di lapangan oleh para praktisi di seluruh dunia.

Edisi keempat ini menandai hari ulang tahun yang ke-20 dari Buku Pegangan *Sphere* dan merefleksikan berbagai perubahan di sektor kemanusiaan dalam jangka waktu tersebut. Hal ini termasuk berbagai tuntunan baru untuk bekerja di lingkungan perkotaan, penanganan Standar-standar Minimum pada krisis yang berkepanjangan, dan untuk memberikan bantuan melalui pasar sebagai salah satu cara untuk memenuhi standar-standar tersebut. Semua bab yang bersifat teknis telah diperbarui untuk mencerminkan praktik yang terbaru, dan Standar Kemanusiaan Inti yang sudah diselaraskan menggantikan Standar-Standar Kemanusiaan Inti yang sebelumnya .

Empat bab dasar dan empat bab teknis

Buku Pegangan ini mencerminkan komitmen *Sphere* terhadap respons kemanusiaan yang memiliki prinsip dan berdasarkan pada hak manusia. Buku ini berdasarkan pada

penghargaan dasar terhadap hak-hak manusia untuk secara penuh turut serta dalam menentukan keputusan sehubungan dengan pemulihan mereka.

Keempat bab dasar ini menggarisbawahi dasar etik, legal dan praktis dari respons kemanusiaan. Bab-bab tersebut mendukung berbagai sektor dan program secara teknis. Bab tersebut mendeskripsikan berbagai komitmen dan proses untuk memastikan suatu respons kemanusiaan yang berkualitas baik, dan mendorong para perespons agar dapat menjadi akuntabel terhadap mereka yang terdampak krisis. Bab-bab ini membantu pengguna mengaplikasikan Standar-standar Minimum secara lebih efektif dalam konteks apapun. Ketika membaca bab teknis tanpa membaca bab-bab dasar akan berisiko kehilangan berbagai elemen yang esensial dari standar-standar tersebut.

Bab-bab dasar tersebut adalah:

Apa itu *Sphere*? (bab ini): Menggambarkan struktur Buku Pegangan, penggunaannya dan berbagai prinsip yang mendasarinya. Yang paling penting yaitu bab ini juga mengilustrasikan bagaimana cara menggunakan Buku Pegangan *Sphere* dalam praktiknya.

Piagam Kemanusiaan: Inti dari Buku Pegangan *Sphere*, menggambarkan keyakinan bersama dari para pelaku kemanusiaan bahwa semua manusia yang terpengaruh oleh krisis mempunyai hak untuk mendapatkan perlindungan dan bantuan. Hak-hak ini memastikan berbagai kondisi dasar untuk dapat hidup bermartabat. Piagam ini menyediakan latar belakang secara etik dan hukum dari Prinsip-prinsip Perlindungan, Standar Kemanusiaan Inti dan Standar-standar Minimum. Hal ini dibuat berdasarkan pada Kode Etik tahun 1994 untuk Gerakan Palang Merah dan Bulan Sabit Merah serta berbagai organisasi non-pemerintahan (NGO/ORNOP/LSM) di dalam Bantuan Kebencanaan. Kode Etik tersebut merupakan komponen integral dari Buku Pegangan *Sphere* ⊕ *lihat Lampiran 2*.

Daftar berbagai dokumen inti yang merupakan dasar legalitas dari Piagam Kemanusiaan ⊕ *lihat Lampiran 1*.

Prinsip-prinsip Perlindungan: Suatu terjemahan praktis dari berbagai prinsip hukum dan berbagai hak yang diuraikan di dalam Piagam Kemanusiaan ke dalam empat prinsip yang memandu semua respons kemanusiaan.

Standar Kemanusiaan Inti: Sembilan komitmen yang menggambarkan berbagai proses penting dan tanggung-jawab secara organisasi untuk memungkinkan mutu dan akuntabilitas dalam mencapai Standar-standar Minimum.

Keempat bab teknis termasuk Standar-standar Minimum dalam berbagai respons di sektor inti:

- Pasokan Air, Sanitasi dan Promosi Higiene (WASH)
- Ketahanan Pangan dan Gizi
- Hunian dan Permukiman
- Kesehatan

Dalam praktiknya, kebutuhan dalam kemanusiaan tidak dapat dikelompokkan secara mudah kedalam suatu sektor tertentu. Respons kemanusiaan yang efektif harus melihat kebutuhan manusia secara holistik, dan berbagai sektor tersebut harus saling berkoordinasi dan bekerja sama antar sektor untuk dapat melakukannya. Dalam konteks krisis yang berkepanjangan, hal ini juga dapat meluas melebihi respons kemanusiaan yang membutuhkan kerjasama erat dengan para pelaku pembangunan. Buku Pegangan ini berisi rujukan silang untuk membantu menjembatani. Para pembaca harus memahami semua bab yang ada untuk mendukung suatu respons secara holistik.



Kode Etik: 10 Prinsip-prinsip Inti

1. Amanat kemanusiaan harus didahulukan.
2. Bantuan diberikan tanpa melihat ras, kepercayaan atau kewarganegaraan penerima bantuan dan tanpa penganaktirian. Prioritas bantuan dihitung berdasarkan kebutuhan.
3. Bantuan tidak digunakan untuk memajukan kepentingan politik atau agama tertentu.
4. Kami berusaha keras untuk tidak bertindak sebagai alat dari kebijakan luar negeri pemerintah.
5. Kami menghargai budaya dan adat istiadat setempat.
6. Kami berusaha membangun respons bencana dengan bertumpu pada kapasitas lokal.
7. Senantiasa mencari cara untuk melibatkan para penerima manfaat program dalam manajemen bantuan kemanusiaan.
8. Bantuan kemanusiaan harus diusahakan untuk mengurangi kerentanan terhadap bencana di masa depan serta dapat memenuhi kebutuhan dasar .
9. Kami mengemban akuntabilitas baik terhadap mereka yang akan kami bantu maupun mereka yang membantu kami.
10. Dalam hal informasi, berbagai publisitas dan periklanan, kami memperlakukan para korban bencana sebagai manusia yang bermartabat, bukan sekedar sebagai obyek yang tidak berpengharapan.

Kode Etik: Kaidah Perilaku bagi Gerakan Palang Merah dan Bulan Sabit Merah serta NGO-NGO di Program-Program Respons bencana untuk teks selengkapnya lihat Lampiran 2

Standar-standar Minimum mendorong suatu pendekatan yang konsisten

Standar-standar ini berdasarkan pada bukti dan pengalaman kemanusiaan. Mereka menghadirkan praktik terbaik berdasarkan konsensus yang meluas. Standar tersebut mencerminkan hak-hak manusia yang tidak dapat dicabut, maka standar tersebut berlaku secara universal.

Meskipun demikian, konteks di mana suatu respons dilaksanakan harus dipahami, dimonitor dan dianalisis dalam rangka menerapkan standar-standar-standar tersebut secara efektif.

Struktur standar

Standar-standar memiliki suatu struktur yang serupa untuk membantu para pembaca memahami pernyataan universal, untuk kemudian diikuti dengan serangkaian tindakan kunci, indikator-indikator kunci dan catatan-catatan panduan untuk mencapainya.

- **Standar-standar** tersebut diturunkan dari prinsip hak untuk hidup secara bermartabat. Hal ini bersifat umum dan kualitatif, menyatakan keadaan minimal yang harus dicapai dalam krisis apapun. Padanannya dengan yang ada di dalam Standar Kemanusiaan Inti (CHS) yaitu berupa "komitmen" dan "kriteria mutu".
- **Ragam tindakan kunci** menggambarkan langkah-langkah praktis untuk mencapai Standar Minimum. Ini merupakan saran dan mungkin tidak dapat diterapkan pada semua konteks. Praktisi harus memilih mana yang paling relevan dengan konteks.
- **Indikator-indikator kunci** merupakan tanda-tanda untuk mengukur apakah standar tersebut telah tercapai. Mereka memberikan suatu cara untuk menangkap proses dan hasil program dibanding standar dan diterapkan pada sepanjang masa respons kemanusiaan. Persyaratan kuantitatif minimum merupakan tingkat capaian tingkat terendah untuk indikator-indikator tersebut dan hanya dimasukkan ketika ada kesepakatan sektoral.
- **Catatan panduan** memberikan tambahan informasi untuk mendukung ragam tindakan kunci, dengan merujuk silang pada Prinsip-prinsip Perlindungan, Standar Kemanusiaan Inti dan standar-standar lainnya didalam Buku Pegangan ini. Rujukan silang juga dilakukan terhadap standar – standar Kemitraan Kemanusiaan.

Bekerja dengan indikator-indikator kunci

Indikator-indikator kunci dari *Sphere* merupakan suatu cara untuk mengukur apakah suatu standar telah tercapai; ini jangan rancukan dengan standar *Sphere* itu sendiri. Sementara standar ini bersifat universal, indikator-indikator kunci, seperti juga pada tindakan-tindakan kunci, harus dipandang dalam hubungannya dengan konteks maupun fase respons kemanusiaan. Ada tiga jenis indikator *Sphere*:

- **Indikator-indikator proses** memeriksa apakah suatu persyaratan minimum telah tercapai. Contohnya: protokol – protokol standar digunakan untuk menganalisa ketahanan pangan, mata pencaharian dan strategi ketangguhan ⊕ *lihat standar Pengkajian Ketahanan pangan dan gizi 1.1: Pengkajian ketahanan pangan.*
- **Indikator-indikator perkembangan** memberikan ukuran satuan untuk memantau pencapaian standar. Indikator – indikator ini harus digunakan untuk menentukan *baseline*, penentuan sasaran dengan para mitra dan pemangku kepentingan, dan memantau perubahan-perubahan terkait sasaran yang sudah ditentukan. Contohnya: persentase rumah tangga yang diketahui menyimpan air dengan aman di *tandon* yang bersih dan tertutup setiap saat ⊕ *lihat Standar pasokan air 2.2: Mutu air.* Sementara sasaran optimalnya adalah 100 persen, para praktisi harus tetap menghubungkan indikator tersebut dengan kenyataan di lapangan, memantau perkembangan dibanding *baseline* dan kemajuan menuju sasaran yang telah disepakati pada jangka waktu tertentu.
- **Indikator-indikator target** adalah sasaran khusus dan terukur yang mewakili ukuran minimum yang standarnya tidak terpenuhi. Sasaran-sasaran tersebut harus segera dicapai, karena ketika tidak tercapai dapat memengaruhi keseluruhan program. Contohnya: persentase anak-anak berusia 6 bulan hingga 15 tahun yang telah mendapatkan vaksinasi campak: sasarannya adalah 95 persen ⊕ *lihat Layanan Kesehatan inti – standar kesehatan anak 2.21: penyakit anak-anak yang dapat dicegah dengan vaksin.*



Hubungan dengan standar-standar lainnya

Buku Pegangan *Sphere* tidak mencakup semua aspek bantuan kemanusiaan yang mendukung hak untuk hidup secara bermartabat. Organisasi-organisasi mitra telah mengembangkan standar-standar pelengkap di beberapa sektor, yang berdasar falsafah dan komitmen yang sama dengan *Sphere*. Mereka tersedia melalui *Sphere*, Kemitraan Standar Kemanusiaan (*the Humanitarian Standard Partnership*) dan laman-laman organisasi – organisasi mitra.

- Standar dan Panduan Kedaruratan Ternak (*Livestock Emergency Guidelines and Standards, LEGS*): LEGS Project
- Standar Minimum Untuk Perlindungan Anak Dalam Tindakan Kemanusiaan (*Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action, CPMS*): Alliance for Child Protection in Humanitarian Action
- Standar Minimum Pendidikan: Kesiapsiagaan, Respons, Pemulihan (*Minimum Standards for Education: Preparedness, Response, Recovery: Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE)*)
- Standar Minimum Pemulihan Ekonomi (*Minimum Economic Recovery Standards, MERS*): Small Enterprise Education and Promotion (SEEP) Network
- Standar Minimum untuk Analisis Pasar (*Minimum Standard for Market Analysis, MISMA*): Cash Learning Partnership (CaLP)

- Standar Inklusi Kemanusiaan untuk Lansia dan Penyandang Disabilitas (*Humanitarian Inclusion Standards for Older People and People with Disabilities*): Age and Disability Consortium

2. Penggunaan standar-standar dalam konteks

Respons kemanusiaan dilaksanakan dalam berbagai macam konteks. Beberapa faktor akan memengaruhi bagaimana Standar-standar Minimum dapat diterapkan pada lingkungan operasi untuk mendukung hak hidup secara bermartabat. Faktor-faktor tersebut termasuk:

- ranah di mana respons kemanusiaan akan diberikan;
- perbedaan lintas penduduk dan keragaman di antara orang-perorangan di dalamnya;
- kenyataan operasional dan logistik yang akan mempengaruhi bagaimana dan jenis respons kemanusiaan yang akan dilakukan; dan
- ketepatan *baseline* dan indikator – indikator di dalam berbagai konteks, termasuk penentuan syarat kunci dan penetapan sasaran.

Budaya, bahasa, kapasitas perespons, keamanan, akses, kondisi lingkungan dan sumber daya akan memengaruhi respons kemanusiaan tersebut. Penting juga untuk mengantisipasi berbagai akibat yang berpotensi negatif dari respons kemanusiaan tersebut dan melakukan tindakan untuk membatasinya ⊕ lihat *Prinsip-prinsip Perlindungan 1 dan 2, serta Komitmen 3 dari Standar Kemanusiaan Inti*.

Buku Pegangan *Sphere* adalah suatu kaidah sukarela terkait mutu dan akuntabilitas, dirancang untuk mendorong penggunaan dan kepemilikan seluas-luasnya dari standar-standar tersebut. Buku Pegangan ini bukan berisi tentang “bagaimana” melainkan suatu gambaran terhadap apa yang minimal harus dilakukan untuk para warga agar dapat bertahan dan pulih dari krisis secara bermartabat.

Kepatuhan terhadap standar-standar *Sphere* bukan berarti secara harfiah melaksanakan semua tindakan-tindakan kunci atau terpenuhinya semua indikator kunci dari semua standar yang ada. Sejauh mana suatu organisasi dapat memenuhi standar-standar ini bergantung kepada banyak faktor, di mana beberapa di antaranya mungkin di luar kendali mereka. Akses ke penduduk terdampak, atau ketidakamanan politik atau ekonomi, dalam beberapa konteks ini mungkin menghalangi pemenuhan standar-standar.

Pada kasus di mana persyaratan minimum melebihi kondisi kehidupan komunitas tuan rumah, pertimbangkan cara bagaimana mengurangi potensi ketegangan yang mungkin terjadi, misalnya dengan menawarkan pelayanan berbasis komunitas. Pada beberapa situasi, pihak nasional yang berkewenangan mungkin menetapkan persyaratan minimum yang lebih tinggi daripada Standar Minimum *Sphere*.

Standar-standar *Sphere* merupakan suatu cerminan hak-hak dasar yang berhubungan dengan kehidupan bermartabat, dan berlaku kapanpun. Indikator-indikator dan berbagai persyaratan minimum mungkin perlu disesuaikan agar dapat bermakna sesuai konteks. Pada kasus-kasus di mana standar tidak dapat terpenuhi, gagasan apapun yang bertujuan untuk menurunkan persyaratan minimum harus secara hati-hati dipertimbangkan. Sepakati apapun perubahannya secara kolektif dan laporkan secara meluas kekurangan yang terjadi dalam perkembangan yang sebenarnya. Selanjutnya, organisasi – organisasi kemanusiaan harus mengkaji dampak negatif terhadap warga akibat dari tidak terpenuhinya suatu standar dan mengambil langkah – langkah untuk meminimalisasi bahaya yang mungkin terjadi. Gunakan kesenjangan tanggap bencana kemanusiaan ini untuk melakukan advokasi dan berupaya untuk dapat mencapai indikator-indikator tersebut sesegera mungkin.

Standar yang berlaku disepanjang siklus program

Standar-Standar *Sphere* harus digunakan sepanjang siklus program, mulai dari pengkajian dan analisis, sampai strategi perkembangan, perencanaan dan perancangan program, pelaksanaan dan pemantauan, hingga penilaian dan pembelajaran.

Pengkajian dan Analisis

Standar-standar Minimum *Sphere* menyediakan dasar untuk pengkajian kebutuhan dan analisis di tiap sektor, disertai berbagai daftar periksa pengkajian (*checklist*) yang tersedia di tiap bab. Pada awal kejadian krisis, standar-standar *Sphere* membantu mengidentifikasi berbagai kebutuhan mendesak dan memprioritaskan berbagai kegiatan-kegiatan yang dapat memenuhi berbagai kebutuhan tersebut. Angka perencanaan dan tingkat bantuan minimum digariskan secara global untuk membantu merumuskan hasil-hasil minimum untuk keseluruhan respons kemanusiaan. Oleh karena itu, standar-standar tersebut juga dapat membantu meningkatkan koordinasi di antara berbagai organisasi dan sektor.



Pengembangan strategi dan perancangan program

Standar Kemanusiaan Inti dan Standar Minimum mendukung perencanaan respons untuk memberikan bantuan kemanusiaan yang tepat pada waktu yang tepat untuk mereka yang paling membutuhkan. Partisipasi sepenuhnya dari penduduk terdampak dan koordinasi dengan berbagai pihak berwenang di tingkat nasional dan lokal sangat penting untuk dapat mencapai hal ini di semua sektor.

Tindakan-tindakan kunci dan indikator-indikator memberikan suatu kerangka kerja untuk mengidentifikasi prioritas, menentukan angka perencanaan dan koordinasi dengan semua sektor. Hal ini berguna untuk memastikan bahwa respons - respons sektoral saling menguatkan dan mendukung kapasitas penyintas atau penduduk terdampak untuk dapat memenuhi kebutuhan mereka sendiri. Tindakan-tindakan kunci dan indikator-indikator menggambarkan mutu bantuan yang harus dicapai. Selain itu, juga sebagai dasar untuk melakukan suatu analisis respons yang mengidentifikasi cara terbaik untuk memenuhi kebutuhan dan meminimalkan potensi akibat-akibat sampingan yang merugikan.

Perencanaan program biasanya menyangkut analisis berbagai pilihan respons, seperti penyediaan barang, bantuan berupa barang, berbasis tunai, penyediaan layanan secara langsung, bantuan teknis atau campuran dari pilihan-pilihan tersebut. Pemaduan spesifik dari berbagai pilihan respons biasanya berevolusi seiring waktu. Standar-standar Minimum berfokus pada apa yang harus dilakukan, bukan pada bagaimana memberikan bantuannya.

Bantuan berbasis tunai adalah suatu bentuk pemograman berbasis pasar yang makin sering digunakan untuk memenuhi kebutuhan kemanusiaan. Pertimbangan-pertimbangan untuk menggunakan bantuan berbasis tunai ini diintegrasikan di keseluruhan Buku Pegangan ini, di setiap bab. Bantuan berbasis tunai dapat digunakan untuk memenuhi kebutuhan multi sektor maupun pada sektor tertentu. Program ini juga dapat digunakan untuk mengatasi praktik-praktik diskriminatif yang membatasi akses perempuan terhadap berbagai aset dan pengambilan keputusan terkait tentang pengelolaan aset-aset tersebut. Hibah multiguna ini dapat menjadi cara yang efektif untuk memberikan bantuan dan memenuhi standar-standar di setiap sektor. Semua bantuan berbasis tunai harus dipandu oleh suatu analisis multi-sektoral tentang kebutuhan, dinamika konteksnya, keberfungsian pasar dan kajian kelayakan.

Tidak semua sektor dapat beradaptasi baik dengan program berbasis pasar ini. Hal ini terutama terkait para penyedia layanan langsung atau bantuan teknis. Penyedia

bantuan kesehatan dan gizi lebih memilih untuk mendukung akses terhadap layanan kesehatan yang ada dan berbagai layanan kesehatan masyarakat setempat yang tidak beroperasi sebagai pasar.

Dalam menentukan cara terbaik untuk menyediakan bantuan, dibutuhkan konsultasi dengan penduduk setempat, analisis pasar, dan pemahaman tentang cara dan bentuk bantuan yang akan diberikan, dan juga pemahaman tentang kapasitas rantai-pasok dan logistik ⊕ *Lihat Lampiran: Pemberian bantuan melalui pasar.*

Pelaksanaan

Ketika standar *Sphere* tidak dapat dipenuhi untuk semua atau beberapa kelompok penduduk terdampak, selidiki mengapa dan jelaskan masalahnya, serta apa saja yang perlu berubah. Lakukan pengkajian terhadap implikasi negatif, termasuk risiko-risiko yang berkaitan dengan perlindungan dan kesehatan masyarakat. Dokumentasikan isu-isu tersebut dan bekerjalah secara aktif dengan sektor-sektor lain dan penduduk terdampak untuk mengidentifikasi cara-cara yang tepat untuk meminimalkan potensi bahaya.

Pemantauan, evaluasi, akuntabilitas dan pembelajaran

Pemantauan, evaluasi, akuntabilitas dan pembelajaran (*MEAL*) mendukung keputusan-keputusan manajemen yang cepat dan berbasis bukti. Ini memungkinkan program kemanusiaan untuk menyesuaikan dengan berbagai konteks yang berubah. Semua Standar Minimum memiliki ragam indikator – indikator yang dapat dipantau untuk menentukan apakah mereka telah tercapai secara berkeadilan untuk semua segmen warga, atau berapa banyak lagi yang harus dilakukan. Hasil evaluasi mendukung pembelajaran untuk meningkatkan kebijakan dan praktik masa depan, serta menggalakkan akuntabilitas. Sistem *MEAL* juga berkontribusi kepada upaya-upaya pembelajaran lebih luas terkait tindakan kemanusiaan yang efektif.

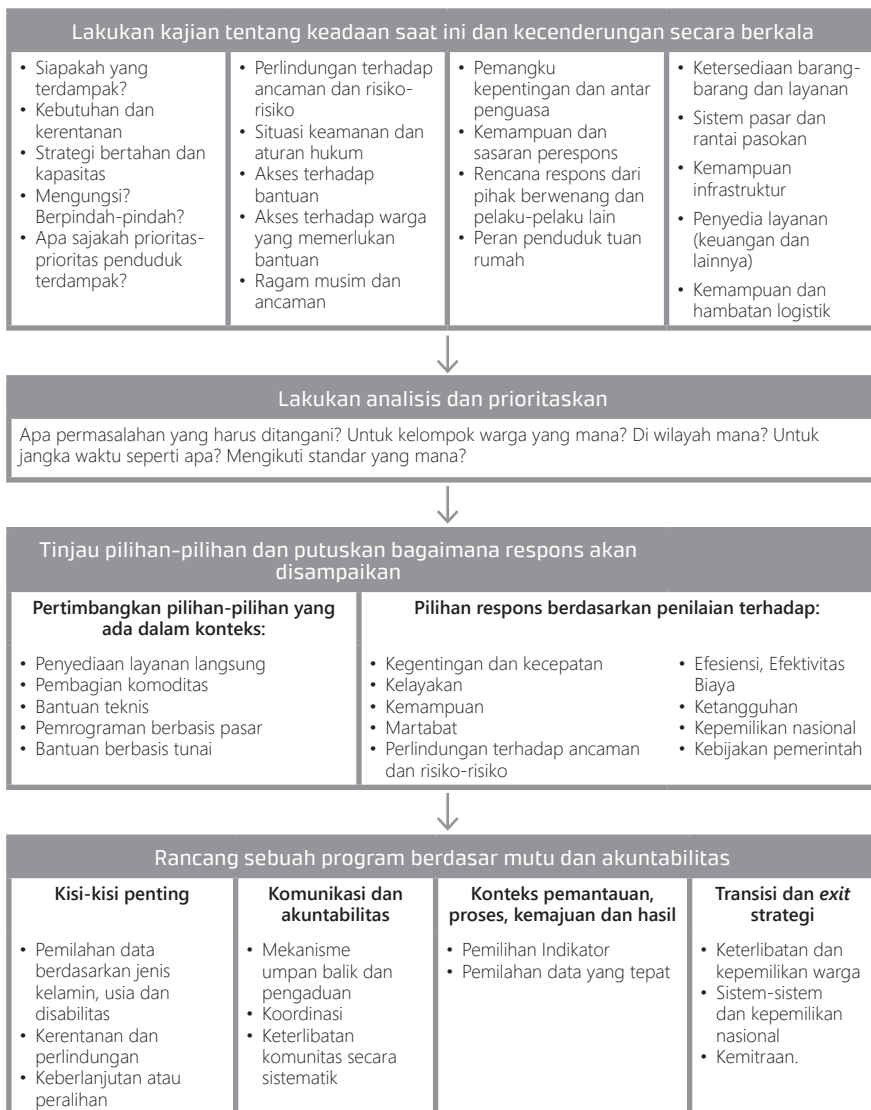
Pemahaman tentang kerentanan dan kapasitas

Di keseluruhan Buku Pegangan ini, istilah “manusia” atau “orang” digunakan dalam artian yang luas, guna merefleksikan keyakinan *Sphere* bahwa semua orang-perorangan memiliki hak untuk hidup dengan bermartabat dan oleh karenanya hak terhadap bantuan. Kata “orang” harus dipahami sebagai cakupan perempuan, laki-laki, anak laki-laki dan perempuan, terlepas dari usia, disabilitas, kewarganegaraan, ras, etnis, status kesehatan, afiliasi politik, orientasi seksual, identitas gender atau ciri-ciri lain yang mereka gunakan untuk mendefinisikan diri mereka sendiri.

Tidak semua orang memiliki kendali yang sama atas kekuasaan dan sumber daya. Orang-perorangan dan kelompok di antara penduduk memiliki kapasitas, kebutuhan dan kerentanan yang berbeda, yang berubah seiring waktu. Faktor-faktor orang-perorangan seperti usia, jenis kelamin, disabilitas dan status hukum atau kesehatan dapat membatasi akses terhadap bantuan. Hal ini dan berbagai faktor lainnya dapat menjadi diskriminasi yang disengaja. Dialog secara sistematis dengan para perempuan, laki-laki, anak perempuan dan anak laki-laki dari semua usia dan latar belakang – baik secara terpisah maupun dalam kelompok campuran – sangat penting untuk mendapatkan penyusunan program yang baik. Menjadi seseorang yang berusia muda atau tua, perempuan dewasa atau anak perempuan, penyandang disabilitas atau etnik minoritas tidak membuat seseorang serta merta rentan. Justru, saling pengaruh di antara faktor-faktor pada suatu konteks tertentu yang dapat menguatkan kapasitas orang – perorangan atau kelompok tertentu, membangun ketangguhan, atau merongrong akses mereka terhadap bantuan.

Dalam banyak konteks, keseluruhan komunitas dan kelompok juga dapat menjadi rentan karena mereka tinggal di lingkungan yang terpencil, tidak aman atau tidak dapat diakses, atau karena mereka secara geografis tinggal terpisah dengan akses terbatas terhadap bantuan dan perlindungan. Kelompok-kelompok tertentu mungkin kurang terlayani dan didiskriminasi karena kebangsaan, etnis, bahasa, atau agama atau afiliasi politik, yang membutuhkan perhatian khusus agar dapat mencerminkan prinsip keadilan.

Ketika berbagai macam kelompok turut serta dalam perancangan program, respons kemanusiaan menjadi lebih menyeluruh, inklusif dan dapat memperoleh hasil yang lebih berkelanjutan. Inklusi dan partisipasi penduduk terdampak merupakan dasar kehidupan yang bermartabat.



Memahami konteks untuk penerapan standar-standar (Gambar -1)

Pemilahan Data

Memang pada banyak situasi, data pada tataran populasi sulit untuk diperoleh atau sulit ditentukan. Namun, data terpilah akan menunjukkan kebutuhan yang berbeda dan dampak tindakan pada kelompok yang berbeda-beda. Data terpilah dapat membantu mengidentifikasi orang-orang yang paling berisiko, mengindikasikan apakah mereka dapat mengakses dan menggunakan bantuan kemanusiaan, serta apa saja yang perlu dilakukan untuk menjangkau mereka. Data terpilah sampai pada titik tertentu dan dengan kategori yang sesuai dengan konteks untuk memahami perbedaan berbasis jenis kelamin atau gender, usia, disabilitas, geografi, etnis, agama, kasta, atau faktor-faktor lainnya yang mungkin membatasi akses terhadap bantuan yang tidak memihak.

Untuk data umum mengenai usia, gunakan pengelompokan yang sama seperti dalam sistem pengumpulan data nasional. Ketika tidak ada pengelompokan usia pada sistem data nasional, gunakan tabel di bawah ini. Pemilahan data yang lebih rinci mungkin diperlukan untuk kelompok sasaran khusus, seperti bayi, anak-anak, remaja, perempuan, dan lansia.

Jenis Kelamin	Status Disabilitas	Usia									
		0-5	6-12	13-17	18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80+
Perempuan	Tanpa disabilitas										
	Dengan disabilitas										
Laki-laki	Tanpa disabilitas										
	Dengan disabilitas										

Anak-anak

Anak-anak merupakan bagian yang penting dari penduduk terdampak krisis apapun jenisnya, tetapi seringkali tidak terlihat. Kemampuan dan kebutuhan anak-anak berbeda-beda sesuai usia biologisnya dan tahap perkembangannya. Tindakan-tindakan khusus harus dilakukan untuk memastikan mereka terlindungi dari bahaya dan memiliki akses yang berkeadilan terhadap pelayanan dasar.

Pada saat krisis, anak-anak menghadapi risiko khusus yang membahayakan hidup, termasuk gizi buruk, terpisah dari keluarganya, perdagangan anak-anak, pengerahan menjadi anggota kelompok bersenjata, dan kekerasan fisik maupun seksual, yang semuanya membutuhkan tindakan segera.

Risiko perlindungan sering dipengaruhi karena banyak faktor. Misalnya, dalam konflik atau perang, anak remaja dan anak laki-laki lebih berpeluang untuk direkrut menjadi tentara oleh angkatan dan kelompok bersenjata atau disuruh jadi pekerja anak dalam bentuk yang paling buruk. Remaja putri lebih berpeluang direkrut untuk dijadikan budak seks atau diperjualbelikan. Anak-anak dengan disabilitas memerlukan perhatian khusus, karena mereka menghadapi risiko lebih besar terhadap kekerasan seksual, eksploitasi seksual dan kekurangan gizi.

Secara aktif lakukanlah penggalan pandangan anak-anak perempuan dan anak-anak laki-laki beragam usia dan latar belakang, sehingga mereka dapat mempengaruhi cara bantuan disampaikan, dipantau dan dievaluasi. Konvensi Hak-hak Anak menyatakan bahwa yang dimaksud "anak" adalah setiap orang yang berada di bawah umur 18 ta-

hun. Lakukan analisa bagaimana penduduk terdampak mendefinisikan anak-anak, untuk memastikan bahwa tidak ada anak atau pun remaja yang terabaikan dalam pemberian bantuan.

Orang Lanjut Usia

Orang-orang lanjut usia merupakan penduduk yang proporsinya berkembang cepat di sebagian besar negara dan seringkali terabaikan oleh respons kemanusiaan.

Pada beberapa budaya, sebutan lanjut usia dikaitkan dengan keadaan tertentu (seperti sudah menjadi kakek/nenek) atau tanda-tanda fisik (seperti rambut beruban), bukan berdasarkan usianya semata. Sementara banyak sumber yang mendefinisikan usia lanjut sebagai berusia 60 tahun atau lebih, usia 50 tahun mungkin lebih tepat disebut lanjut usia dalam konteks terjadinya suatu krisis kemanusiaan.

Orang-orang lanjut usia (lansia) membawa pengetahuan dan pengalaman dalam strategi ketanggungan dan bertindak sebagai pengasuh, pengelola sumber daya, koordinator dan pembawa penghasilan. Para lansia seringkali mewakili tradisi dan sejarah serta bertindak sebagai acuan kebudayaan setempat. Keterasingan, kelemahan fisik, gangguan dalam struktur dukungan keluarga dan komunitas, penyakit kronis, kesulitan keberfungsian dan penurunan kapasitas mental dapat meningkatkan kerentanan orang-orang lanjut usia dalam konteks kemanusiaan.

Pastikan orang-orang lanjut usia dimintai pertimbangan dan diikutsertakan dalam setiap langkah respons kemanusiaan. Perhatikan kesesuaian dengan usia dan aksesibilitas terkait layanan, lingkungan dan informasi, serta gunakan data terpilah berdasar usia dalam pemantauan dan manajemen program.

Gender

"Gender" mengacu pada perbedaan-perbedaan yang terkonstruksi secara sosial antara perempuan dan laki-laki di sepanjang siklus hidup mereka. Ini dapat berubah seiring dengan waktu dan budaya serta konteksnya. Gender seringkali menentukan perbedaan peranan, tanggung-jawab, kekuasaan dan akses terhadap sumber daya bagi para perempuan dewasa, anak perempuan, anak laki-laki dan laki-laki dewasa. Pemahaman akan perbedaan ini dan bagaimana hal tersebut berubah selama krisis sangat penting untuk efektivitas pemrograman kemanusiaan dan pemenuhan hak asasi manusia. Krisis dapat menjadi suatu peluang untuk mengatasi ketimpangan gender dan memberdayakan perempuan dewasa, anak perempuan, anak laki-laki serta para laki-laki dewasa.

Gender tidak sama dengan jenis kelamin, yang mengacu pada sebutan biologis terhadap seseorang.

"Gender" bukan berarti "khusus perempuan". Sementara perempuan dewasa dan anak perempuan seringkali menghadapi kendala dalam peranan berdasarkan gender, laki-laki dewasa dan anak laki-laki juga terpengaruh oleh berbagai harapan yang kaku terkait maskulinitas. Pemrograman kesetaraan gender membutuhkan keterlibatan mereka untuk pengembangan hubungan yang lebih berkeadilan dan partisipasi yang setara dari para perempuan dewasa, anak perempuan, laki-laki dewasa dan anak laki-laki.

Kekerasan berbasis Gender

"Kekerasan berbasis gender" menggambarkan kekerasan berdasarkan perbedaan gender antara laki-laki dan perempuan. Hal ini menggarisbawahi bagaimana ketidakadilan antara laki-laki dan perempuan merupakan dasar dari sebagian besar bentuk kekerasan yang dilakukan terhadap perempuan dewasa dan anak-anak perempuan di seluruh du-



nia. Krisis dapat memperberat ragam bentuk kekerasan berbasis gender, termasuk kekerasan pasangan intim, perkawinan dini, kekerasan seksual dan perdagangan manusia.

Semua organisasi bertanggung-jawab untuk mengambil semua langkah yang diperlukan untuk mencegah eksploitasi seksual dan pelecehan orang-orang terdampak krisis, termasuk dalam berbagai kegiatan diantara mereka sendiri. Ketika ada dugaan penyimpangan ternyata sungguh terjadi, pihak yang berwenang harus menuntut pertanggungjawaban si pelaku dan kasus-kasus seperti itu ditangani secara transparan.

Penyandang disabilitas

Sekitar 15 persen penduduk dunia hidup menyandang disabilitas dalam bentuk yang berbeda-beda. Penyandang disabilitas termasuk mereka yang memiliki kekurangan jangka panjang dalam hal fisik, mental, intelektual atau sensorik, yang karena antar-hubungannya dengan berbagai kendala, dapat menghalangi partisipasi mereka secara penuh dan efektif dalam masyarakat secara setara dengan orang lain dalam kesehariannya.

Dalam konteks kemanusiaan, penyandang disabilitas cenderung menghadapi kendala dan rintangan dalam hal lingkungan fisik, transportasi, informasi dan komunikasi, serta fasilitas atau layanan kemanusiaan. Pemrograman respons dan kesiapannya harus mempertimbangkan berbagai kapasitas dan kebutuhan semua penyandang disabilitas dan melakukan berbagai usaha untuk mengatasi halangan fisik, komunikasi dan perilaku terhadap akses dan partisipasi mereka. Risiko terhadap penyandang disabilitas perempuan dan anak perempuan dapat menjadi berlipat-ganda karena ketimpangan dan diskriminasi gender.

⊕ lihat Referensi: *Washington Group Questions* untuk data terpilah berdasarkan status disabilitas, dan ⊕ untuk informasi lebih lanjut lihat: Standar inklusi kemanusiaan untuk orang-orang lanjut usia dan penyandang disabilitas.

Orang-orang yang hidup dengan dan terdampak HIV

Mengetahui prevalensi HIV dalam suatu konteks khusus menjadi penting untuk memahami berbagai kerentanan dan risiko serta untuk mendasari suatu respons yang efektif. Pengungsian dapat menyebabkan meningkatnya kerentanan HIV, dan krisis dapat menimbulkan gangguan dalam pelayanan pencegahan, pengujian, perawatan, pengobatan dan dukungan. Upaya khusus sering diperlukan untuk melindungi dari kekerasan dan diskriminasi terhadap orang-orang berisiko tinggi. Hal ini dapat diperparah oleh ketidakadilan gender dan diskriminasi berdasarkan disabilitas, identitas gender dan orientasi seksual. Pada gilirannya, hal ini dapat mengecutkan orang-orang yang hidup dengan HIV untuk meminta bantuan dalam situasi krisis, sekali pun ada yang menyediakannya. Kekerasan, diskriminasi dan strategi-strategi bertahan negatif seperti hubungan seks transaksional meningkatkan kerentanan terhadap transmisi HIV, terutama pada perempuan, anak perempuan dan komunitas LGBTQI. Kelompok berisiko tinggi termasuk para laki-laki yang melakukan seks dengan sesama laki-laki, orang yang menggunakan suntikan obat-obat terlarang, pekerja seks, transgender, orang berkebutuhan khusus, dan para narapidana serta orang-orang lain yang hidup di lingkungan tertutup lainnya ⊕ lihat *Pelayanan kesehatan penting – standar kesehatan seksual dan reproduksi 2.3.3: HIV*.

Faktor-faktor seperti pembatasan gerakan secara berangsur-angsur dan peningkatan akses terhadap pelayanan bagi penduduk terdampak krisis dapat mengurangi risiko HIV. Hilangkan segala kesalahpahaman mengenai keberadaan orang hidup dengan HIV dan peningkatan prevalensi HIV untuk menghindari praktik-praktik diskriminatif. Orang-orang yang hidup dengan HIV berhak untuk hidup secara bermartabat, bebas dari diskriminasi, dan dapat menikmati berbagai akses pelayanan tanpa diskriminasi.

Orang-orang LGBTQI

Orang-orang dikenal sebagai lesbian, gay, biseksual, transgender, *queer* atau interseks (LGBTQI) seringkali berisiko tinggi terhadap diskriminasi, stigma, dan kekerasan seksual maupun fisik. Mereka mungkin menghadapi kendala dalam mengakses layanan kesehatan, perumahan, pendidikan, pekerjaan, informasi dan berbagai fasilitas kemanusiaan lainnya. Misalnya, orang-orang LGBTQI seringkali mengalami diskriminasi dalam program-program bantuan yang berdasarkan unit-unit keluarga yang “konvensional”, misalnya dalam hal penampungan darurat atau distribusi bantuan makanan. Kendala-kendala tersebut mempengaruhi kesehatan dan keberlangsungan hidup mereka serta dapat menyebabkan konsekuensi jangka panjang dalam hal integrasi. Masukkanlah respons perlindungan yang spesifik, aman dan inklusif dalam kesiapsiagaan dan perencanaan. Pastikan konsultasi yang bermakna dengan orang-orang dan organisasi LGBTQI pada setiap tahapan respons kemanusiaan.



Kesehatan jiwa dan dukungan psikososial

Orang bereaksi secara berbeda-beda terhadap stres dari suatu krisis kemanusiaan. Beberapa diantaranya lebih berpeluang merasa kewalahan oleh tekanan, terutama ketika diungsikan secara paksa, terpisah dari anggota keluarga, bertahan terselamatkan dari kekerasan atau sebelumnya memang mengalami gangguan jiwa. Menyediakan pelayanan dasar dan keamanan yang layak secara sosial dan kebudayaan adalah penting untuk menghindari tekanan diantara penduduk terdampak dan mengatasi diskriminasi.

Penguatan dukungan psikososial dari komunitas dan kemampuan membantu diri sendiri membuat suatu lingkungan melindungi, memberi peluang bagi mereka yang terdampak untuk saling membantu dalam pemulihan sosial dan emosional. Intervensi yang terfokus pada orang perorangan, keluarga atau kelompok – termasuk intervensi klinis – adalah penting, namun tidak harus selalu diberikan oleh tenaga profesional kesehatan jiwa. Mereka juga dapat diberikan oleh relawan terlatih dan terpantau [⊕ lihat standar pelayanan kesehatan penting 2.5: Pelayanan kesehatan jiwa](#).

Penduduk terdampak seringkali mengekspresikan identitas spiritual atau keagamaan dan mungkin menyebut diri sebagai bagian dari suatu komunitas keagamaan. Hal ini seringkali merupakan bagian penting dari strategi bertahan dan memengaruhi respons yang layak di berbagai sektor. Semakin banyak bukti bahwa penduduk terdampak mendapatkan manfaat ketika para pekerja kemanusiaan mempertimbangkan identitas keyakinan mereka. Komunitas berbasis keyakinan mempunyai potensi besar untuk berkontribusi pada respons kemanusiaan. Pendekatan yang berbasis komunitas mengharuskan pekerja kemanusiaan untuk sadar terhadap identitas keyakinan dari penduduk terdampak. Sudah banyak piranti yang tersedia untuk membantu tercapainya aspek ini.

Pemahaman terhadap ranah operasional

Respons kemanusiaan dapat terjadi di konteks yang berbeda-beda, mulai dari perko-taan hingga perdesaan, dari konflik hingga bencana mendadak. Keefektifan respons dalam memenuhi kebutuhan penduduk terdampak akan bergantung pada faktor-faktor geografis, keamanan, sosial, ekonomi, politik dan lingkungan. Meskipun Standar Minimum telah dikembangkan dengan berfokus pada bantuan segera yang bersifat penyelamatan, standar tersebut dapat diterapkan pada berbagai respons kemanusiaan yang berlangsung selama beberapa hari, minggu, bulan ataupun bertahun-tahun. Respons kemanusiaan harus dapat berubah dan beradaptasi sesuai dengan waktu dan menghindari terbungunya ketergantungan terhadap bantuan. Suatu analisis berkelanjutan tentang konteks dan situasi akan memberi isyarat kapan program tersebut harus ber-

adaptasi dengan lingkungan yang senantiasa berubah, seperti adanya masalah-masalah keamanan atau kendala musim misalnya banjir.

Evaluasi berkelanjutan mengenai bagaimana respons mempengaruhi dinamika lokal seperti pengadaan kebutuhan sehari-hari atau penyewaan transportasi adalah penting untuk memastikan bahwa aksi kemanusiaan tidak memperparah dinamika konflik yang sudah ada. Lihat *Prinsip Perlindungan 2*. Ketika krisis menjadi berlarut-larut, akar kelemahan sistemik dapat memperburuk kebutuhan dan kerentanan yang ada, sehingga membutuhkan upaya tambahan dalam hal perlindungan dan penguatan ketangguhan. Beberapa hal tersebut akan lebih baik ketika dapat diatasi melalui atau bekerjasama dengan pelaku pembangunan.

Mekanisme koordinasi seperti sistem klaster dibutuhkan untuk menetapkan suatu pembagian tugas dan tanggungjawab dan untuk mengidentifikasi kesenjangan dalam hal wilayah kerja dan mutu. Sebaiknya dicegah tumpang tindih upaya dan pemborosan sumber daya. Saling berbagai informasi dan pengetahuan antara para pemangku kepentingan, bersama dengan perencanaan bersama dan kegiatan terpadu, juga dapat memastikan bahwa organisasi dapat mengelola risiko dengan lebih baik dan mampu meningkatkan hasil akhir respons kemanusiaan.

Mendukung pelaku nasional dan lokal

Berdasar pengakuan terhadap peran utama dan tanggung jawab pemerintah tuan rumah, Buku Pegangan ini memandu semua yang terlibat dalam respons kemanusiaan, dan peran yang dapat dimainkan oleh organisasi kemanusiaan untuk mendukung tanggung jawab pemerintah tersebut. Dalam suatu konflik, kemauan dari pihak pemerintah maupun para non-pemerintah untuk memfasilitasi akses terhadap penduduk terdampak akan menentukan efek selanjutnya.

Peranan pemerintah dalam memimpin atau mengkoordinasi suatu respons akan terbentuk oleh banyak faktor, termasuk:

- adanya badan atau lembaga pemerintahan yang secara khusus bertanggung-jawab dalam melakukan koordinasi atau pelaksanaan dalam respons kemanusiaan (seringkali disebut dengan istilah Badan / Lembaga atau Kantor Nasional Penanggulangan Bencana);
- peranan dan kekuatan dari kementerian / lembaga untuk menetapkan standar-standar seperti standar gizi dan standar obat-obatan esensial dan tenaga medis; dan
- kurang berfungsinya berbagai lembaga pemerintah, seperti di daerah yang sedang diperebutkan. Pada kasus khusus semacam ini, para pelaku kemanusiaan mungkin perlu menetapkan berbagai mekanisme koordinasi mereka sendiri.

Krisis yang berkepanjangan

Ketika sudah jelas bahwa respons kemanusiaan akan berlangsung selama lebih dari beberapa bulan atau tahun, pertimbangkan berbagai cara dalam memenuhi kebutuhan dan mendukung kehidupan yang layak secara berbeda. Jelajahi berbagai kemungkinan untuk bekerja dengan penyedia layanan yang sudah ada, pemerintah daerah, komunitas lokal, berbagai jaringan perlindungan sosial atau para pelaku pembangunan untuk membantu pemenuhan kebutuhan. Pengkajian yang dilakukan perlu memberi perhatian terhadap berbagai konteks dan perlindungan, serta bagaimana hak-hak dari penduduk terdampak dapat terpengaruh. Sertakan para orang-perorangan dari semua jenis kelamin dan semua usia, penyandang disabilitas serta mereka yang dari berbagai latar belakang, termasuk berbagai kelompok yang menyebut dirinya sebagai suatu komunitas, dalam melakukan analisis, pengkajian, pengambilan keputusan dan pemantauan serta

evaluasi. Carilah pemecahan masalah berjangka panjang dan yang permanen sesegera mungkin. Ketika para pekerja kemanusiaan mempunyai kesempatan untuk menetapkan pemecahan masalah berjangka panjang, ketetapan tersebut harus diutamakan di atas upaya-upaya berjangka pendek.

Perlu dikenali bahwa masyarakat terdampak sering menjadi perespons pertama terhadap kebutuhan mereka dan melindungi diri mereka sendiri. Pemerintah nasional dan lokal, organisasi masyarakat sipil, organisasi berbasis iman-kepercayaan dan pihak-pihak lain memberikan bantuan yang krusial. Pelajari keberadaan berbagai jaringan bantuan yang sudah ada dan cari cara-cara untuk mendukung dan bukannya merusak atau menduplikasi pekerjaan mereka.



Ranah perkotaan

Seiring dengan makin meningkatnya jumlah penduduk berpindah ke kota-kota kecil maupun besar, para pelaku kemanusiaan harus bersiap diri untuk merespons kejadian di konteks perkotaan. Wilayah perkotaan biasanya berbeda dari konteks – konteks lainnya dilihat dari sisi:

- **Kepadatan:** kepadatan yang lebih tinggi baik dalam hal penduduk, pemukiman, infrastruktur, hukum dan budaya di wilayah dengan ruang yang relatif sempit;
- **Keanekaragaman:** berbagai kelompok yang beragam secara sosial, etnis, politik, bahasa, agama dan ekonomi tinggal berdekatan; dan
- **Dinamika:** ranah perkotaan bersifat cair dan berubah-ubah, dengan mobilitas yang tinggi dan hubungan kekuasaan yang dapat terus berubah secara cepat.

Kabupaten/kota seringkali merupakan otoritas pemerintahan kunci, dengan berbagai hubungan dengan para pelaku pejabat pemerintahan dan departemen lainnya, seperti kementerian/lembaga. Akses ke berbagai layanan dasar, keamanan pangan dan mata pencaharian harus dikaji secara hati-hati, termasuk adanya berbagai diskriminasi. Masyarakat di kota besar dan kota kecil menggunakan uang tunai untuk membayar sewa rumah, membeli makanan dan mendapatkan akses pelayanan kesehatan. Standar Minimum untuk kehidupan yang bermartabat diterapkan, tanpa membedakan cara bagaimana bantuan tersebut diberikan.

Standar Minimum *Sphere* dapat digunakan untuk mendukung berbagai titik masuk untuk menyediakan bantuan di area perkotaan, termasuk melalui hunian, yang berdasarkan pendekatan lingkungan tempat tinggal atau suatu area tertentu. Berbagai kelompok yang sudah ada berdasarkan kesamaan minat, seperti sekolah-sekolah, klub, kelompok perempuan dan kelompok para supir taksi, dapat menyediakan titik masuk yang berguna. Kerjasama dengan para pelaku lokal (misalnya di sektor swasta, pemerintahan daerah, para tokoh masyarakat dan berbagai kelompok komunitas) menjadi sangat penting dalam memulai kembali, mendukung dan menguatkan berbagai pelayanan yang sudah ada daripada menggantikan keberadaan mereka. Patut diingat bagaimana bantuan kemanusiaan dapat mendukung perencanaan investasi perkotaan, memberikan nilai selama masa krisis dan dalam jangka waktu yang lebih panjang.

Seperti juga dalam situasi lainnya, suatu analisis konteks di lingkungan perkotaan harus dapat melihat berbagai sumber daya dan kesempatan yang ada, seperti perniagaan, uang tunai, teknologi, ruang umum, orang-orang dengan berbagai kemampuan khusus, dan keanekaragaman sosial serta kebudayaan, di samping melihat berbagai risiko dan aspek-aspek perlindungan. Analisis tersebut harus dapat menginformasikan berbagai pilihan respons dan pilihan terakhir untuk mode pemberiannya, seperti menentukan pemberian bantuan berupa barang atau uang tunai (dan cara terbaik untuk

melakukannya). Ekonomi berbagai kota besar dan kota kecil yang berdasarkan uang tunai memberikan kesempatan pada para mitra dengan para pihak di pasar dan teknologi, yang dapat memfasilitasi penggunaan dari bantuan dana tunai tersebut.

Permukiman komunal

Berbagai permukiman komunal dan hunian sementara (huntara) yang terencana, juga berbagai permukiman yang terpusat atau spontan, merupakan hunian dari jutaan masyarakat yang telah dipaksa untuk pindah tempat. Standar Sphere dapat digunakan untuk memastikan mutu bantuan di wilayah komunitas. Standar tersebut juga dapat membantu mengidentifikasi berbagai prioritas untuk berbagai program multi-sektoral untuk membahas kepedulian terhadap kesehatan umum, dan untuk akses terhadap layanan dasar di berbagai permukiman yang spontan didirikan.

Di permukiman komunal, kapasitas pengelola khusus huntara dapat berkontribusi untuk meningkatkan akuntabilitas dan koordinasi pemberian layanan. Namun, permukiman komunal juga memberikan berbagai risiko perlindungan yang spesifik. Misalnya, saat hak untuk pindah dari lokasi permukiman ditolak, masyarakat tidak dapat mengakses pasar atau melanjutkan kehidupannya sehari-hari. Perhatian khusus harus diberikan kepada para komunitas setempat, karena penanganan secara langsung atau yang dianggap berbeda dapat berakibat meningkatnya ketegangan atau konflik. Pada kasus-kasus seperti itu, advokasi untuk suatu alternatif dari pengaturan seperti huntara dan membahas berbagai kebutuhan komunitas lokal juga dapat memastikan bahwa penduduk terdampak dapat hidup secara layak.

Pengaturan bersama angkatan bersenjata domestik maupun internasional

Saat berbagai organisasi kemanusiaan melakukan respons di area yang sama dengan berbagai angkatan bersenjata domestik maupun internasional, penting untuk waspada terhadap perbedaan masing-masing amanat, *modus operandi*, kapasitas dan keterbatasan. Dalam situasi bencana dan konflik, berbagai organisasi kemanusiaan tidak punya pilihan lain kecuali bekerja di lingkungan yang dekat dengan militer, termasuk angkatan bersenjata pemerintah, berbagai kelompok bersenjata non-pemerintah dan para penjaga perdamaian internasional. Para perespons kemanusiaan harus ingat bahwa pemerintah setempat diharuskan memberikan bantuan dan perlindungan terhadap masyarakat terdampak krisis di wilayahnya. Angkatan bersenjata domestik seringkali diamanatkan untuk melakukan ini.

Prinsip-prinsip kemanusiaan harus dapat memandu semua dialog antara para pelaku kemanusiaan – militer dan koordinasi di semua tataran dan tahapan interaksi. Berbagai informasi, perencanaan dan pembagian tugas merupakan tiga elemen penting dari koordinasi sipil – militer. Sementara pemberian informasi antara para pelaku sipil dan militer dapat berlangsung, hal tersebut harus mempertimbangkan konteks dari berbagai aktivitas operasional yang ada. Lembaga- lembaga kemanusiaan tidak boleh memberikan informasi ke suatu pihak terlibat konflik yang menimbulkan keuntungan secara taktis atau membahayakan masyarakat sipil.

Kadang-kadang organisasi- organisasi kemanusiaan perlu menggunakan berbagai kemampuan unik dari militer untuk mendukung berbagai operasi kemanusiaan. Dukungan militer terhadap organisasi kemanusiaan harus dibatasi sejauh pemberian dukungan infrastruktur dan bantuan secara tidak langsung; bantuan secara langsung harus menjadi pilihan terakhir saja.

Kerjasama dengan militer memiliki dampak nyata terkait citra mengenai kenetralan organisasi kemanusiaan dan kemandirian operasionalnya. Oleh karenanya perlu diper-

timbangkan secara hati-hati sejak awal. Dokumen- dokumen yang telah disepakati secara internasional harus memandu berbagai kesepakatan dari pengaturan koordinasi kemanusiaan – militer. ⊕ *lihat Komitmen 6 dari Standar Kemanusiaan Inti dan Referensi.*

Dampak lingkungan dari respons kemanusiaan

Lingkungan di mana masyarakat hidup dan bekerja sangat menentukan kesehatan, kesejahteraan dan pemulihan mereka dari krisis. Memahami bagaimana masyarakat terdampak bergantung pada lingkungannya untuk pemulihan mereka sendiri juga dapat memandu rancangan program dan mengarahkan ke arah respons yang berkelanjutan untuk mengatasi bencana di masa mendatang dan mengurangi risiko di masa depan.

Operasi-operasi kemanusiaan dapat berdampak pada lingkungan baik secara langsung maupun tidak langsung. Dengan demikian, respons kemanusiaan yang efektif harus juga berhati-hati dalam melakukan pengkajian terhadap risiko lingkungan bersama-sama dengan pengkajian-pengkajian yang lebih luas lainnya dan analisis situasional. Program-program yang ada harus meminimalkan dampaknya terhadap lingkungan dan mempertimbangkan bagaimana pembelian, transportasi, pemilihan berbagai material, atau tanah atau penggunaan sumber daya alam dapat melindungi atau mendegradasi lingkungannya lebih lanjut ⊕ *lihat Standar 7 hunian dan permukiman: Keberlangsungan lingkungan.*

Negara-negara dan wilayah yang mengalami kemiskinan dan kerapuhan kapasitas kelembagaan dan ekologis menghadapi risiko yang lebih tinggi terhadap bencana alam dan instabilitas, menciptakan suatu lingkaran setan dalam kehidupan sosial dan degradasi lingkungan. Hal ini berdampak terhadap kesehatan, pendidikan, mata pencaharian dan dimensi-dimensi keamanan, martabat dan kesejahteraan. Keberlanjutan lingkungan merupakan komponen penting dari suatu respons kemanusiaan yang bermutu baik ⊕ *lihat Standar Kemanusiaan Inti Komitmen 3, 9 dan standar 7 Hunian dan permukiman: Keberlanjutan lingkungan.*



Lampiran

Pemberian bantuan melalui pasar

Lampiran ini melengkapi pendahuluan pada Buku Pegangan Sphere, memberikan informasi lebih lanjut dan panduan mengenai penggunaan pasar dalam mencapai Standar Minimum dan membantu masyarakat memenuhi kebutuhannya manakala terjadi krisis atau bencana. Lampiran ini berdasarkan kepada bab-bab dasar dan dijadikan referensi di bab-bab teknis. Dengan demikian, lampiran ini merupakan suatu komponen yang melengkapi isi Buku Pegangan Sphere. Agar dapat merespons secara efektif, para pelaku kemanusiaan harus memahami apa saja yang diperlukan serta bagaimana cara agar dapat memenuhinya. Bagian dari analisa ini yaitu memahami bagaimana fungsi pasar dan barang-barang serta pelayanan apa saja yang tersedia di tingkat lokal, nasional, regional dan internasional. Pemahaman akan hal ini membuat berbagai program kemanusiaan dapat mendukung – atau setidaknya tidak mengganggu pasar lokal yang ada saat melakukan respons.

Analisis pasar sebagai bagian dari analisis respons

Begitu berbagai kebutuhan dan kapasitas telah kaji untuk mengidentifikasi prioritas, berbagai macam cara untuk merespons dan memenuhi kebutuhan tersebut perlu dianalisa. Analisis respons harus memastikan bahwa berbagai risiko dan peluang operasional, pemrograman, dan kontekstual secara sistematis dipertimbangkan saat menentukan bagaimana bantuan akan diberikan. Hal ini terkadang disebut dengan istilah “pilihan-pilihan modalitas”.

Penentuan cara terbaik untuk memastikan bahwa bantuan dapat memenuhi kebutuhan memerlukan :

- informasi terpilah tentang prioritas-prioritas dan bagaimana masyarakat ingin mengakses bantuan tersebut, di semua sektor dan seiring jalannya waktu; serta
- pemahaman tentang kerentanan ekonomi, baik yang sudah ada sebelumnya maupun yang timbul dari adanya krisis tersebut.

Sebagai bagian dari analisis respons, analisis pasar membantu mengidentifikasi apa yang mungkin merupakan cara paling efektif untuk dapat memenuhi kebutuhan-kebutuhan sesuai prioritasnya: bantuan dalam bentuk barang, penyediaan pelayanan, bantuan berbasis tunai atau campuran dari semua konteks tersebut. Analisis pasar akan membantu mengidentifikasi berbagai kendala di pasar, termasuk berbagai isu penawaran dan permintaan, atau berbagai kebijakan, norma-norma, aturan-aturan atau infrastruktur yang membatasi fungsi pasar.

Apapun pilihan respons yang dipilih, hal tersebut harus bersifat sensitif terhadap pasar dan sebisa-bisanya melindungi mata pencaharian, pekerjaan dan bisnis lokal. Sphere ini berdasarkan pada suatu penghargaan dasar terhadap masyarakat yang terdampak oleh krisis dan dalam mendukung pilihan mereka untuk pemulihan mereka sendiri. Dengan mempertimbangkan bagaimana masyarakat berinteraksi dengan pasar lokal untuk mendapatkan berbagai macam barang, pelayanan, dan penghasilan, analisis pasar ini mendukung pendekatan yang berfokus pada manusia atau masyarakat.

Pemrograman dan pasar

Bantuan dapat diberikan melalui pasar melalui banyak cara di tingkat lokal, nasional maupun regional. Pemrograman respons berbasis pasar dapat digunakan secara langsung untuk menyampaikan bantuan, atau pasar dapat didukung agar dapat melayani penduduk terdampak dengan lebih baik. Sebagai contoh:

- Pengadaan berbagai komoditas serta berbagai barang non-makanan di pasar lokal atau regional dapat mendukung sisi penyediaan di pasar.
- Bantuan berbasis tunai, membantu masyarakat untuk membeli berbagai barang atau jasa lokal yang tersedia, mendukung sisi permintaan terhadap pasar.
- Dukungan terhadap infrastruktur, seperti perbaikan akses jalan ke pasar, atau reformasi peraturan perundangan guna melarang monopoli harga (*price fixing*), membantu pasar untuk menyediakan pelayanan yang lebih baik terhadap penduduk terdampak.

Jenis kelamin, etnis atau disabilitas seringkali secara langsung memengaruhi akses fisik, keuangan, dan sosial terhadap pasar. Bagaimana laki-laki, perempuan, orang muda, dan orang tua mengakses pasar secara berbeda-beda? Apakah para pedagang dari etnis tertentu dapat mengakses berbagai fasilitas kredit? Hal ini dan beberapa faktor lainnya akan memengaruhi sejauh mana orang perorangan dapat berpartisipasi secara aktif di pasar.

Pertimbangan etis dan lingkungan harus dilakukan ketika ketika membuat program berbasis pasar. Pastikan bahwa pasar yang mengeksploitasi sumber daya alam, ekosistem dan lingkungan secara berlebihan tidak dikembangkan sedemikian rupa sehingga membuat masyarakat dihadapkan pada risiko-risiko yang lebih jauh.

Barang-barang, pelayanan dan pasar: saat melakukan respons terhadap kebutuhan-kebutuhan kemanusiaan prioritas, pertimbangkan baik barang-barang dan layanan. Hampir semua standar Sphere berkaitan dengan penyediaan beberapa jenis komoditi atau akses terhadap barang. Sektor-sektor sosial seperti kesehatan dan pendidikan memiliki karakteristik sebagai penyediaan dan peningkatan akses terhadap pelayanan, sehingga pemberian melalui sistem pasar tidak bisa merupakan pilihan. Saat bekerja dengan pihak ketiga dari para pemberi layanan atau sub-kontraktor, ambil langkah-langkah bersama mereka untuk dapat memantau mutu pelayanan secara teliti dan produk-produknya ⊕ *lihat Standar sistem kesehatan 1.4: Pembiayaan kesehatan.*

Pada beberapa kasus, pemrograman berbasis pasar yang secara tidak langsung mendukung akses terhadap berbagai layanan mungkin lebih tepat. Bantuan berbasis tunai dapat membantu transportasi ke berbagai fasilitas kesehatan atau akses ke pendidikan (membeli pakaian seragam dan berbagai barang lainnya). Pelacakan terhadap pengeluaran dalam rumah tangga memberikan data yang jelas tentang biaya untuk mengakses layanan, termasuk yang seharusnya diberikan secara gratis. Pemantauan terhadap pengeluaran dalam rumah tangga harus selalu didukung oleh hasil pantauan dari bantuan berbasis tunai.

Sektor-sektor yang berbasis jasa juga dapat mempertimbangkan pemrograman berbasis pasar untuk barang-barang seperti kelambu berinsektisida, pemberian makanan tambahan dan obat-obatan ketika semuanya apabila barang-barang itu memenuhi kriteria mutu ⊕ *lihat Standar sistem kesehatan 1.3: Obat-obatan dan alat-alat medis penting.*

Dalam banyak konteks, kombinasi dari intervensi-intervensi berbasis pasar akan dibutuhkan. Pemrograman berbasis pasar akan butuh dukungan dari berbagai aktivitas lainnya seperti penyediaan bantuan teknis. Kombinasi ini juga akan bertumbuh kembang seiring perkembangan dari program dan dapat bergeser dari bentuk barang menjadi bentuk uang tunai atau kupon ataupun sebaliknya. Bersama dengan pemantauan



program, pemantauan pasar juga penting untuk tetap menjalankan atau mengubah bentuk bantuan.

Kerjasama antara rantai-pasok, logistik dan fungsi-fungsi program dibutuhkan sepanjang waktu. Sebagai panduan lebih lanjut mengenai perangkat yang mendukung pilihan dan analisis ini ⊕ *lihat Referensi*.

Daftar Periksa

Daftar Periksa untuk bantuan berbasis tunai

Bagian ini berisi suatu daftar pertimbangan untuk memberikan bantuan melalui pasar. Hal ini mengikuti siklus manajemen program dan memasukkan berbagai elemen penting lainnya untuk dipertimbangkan saat mengadopsi pilihan pendekatan ini untuk memenuhi Standar Minimum. Setiap konteks akan berbeda dan pilihan mekanisme pemberiannya akan sangat beragam berdasarkan infrastruktur, perlindungan data, efektivitas biaya, dan inklusi keuangan.

Rancangan program

- Dasarkan kriteria penentuan sasaran pada tujuan program dan masukkan pertimbangan khusus tentang bantuan berbasis tunai .
- Pertimbangkan secara hati-hati siapa saja di antara anggota rumah tangga yang akan menerima bantuan berbasis tunai. Hal ini harus dipandu oleh suatu pengkajian yang jelas tentang risiko serta mempertimbangkan segala implikasi perlindungannya.
- Identifikasi mekanisme-mekanisme yang aman, mudah diakses dan efektif untuk menyampaikan bantuan berdasarkan konteks yang ada, tujuan dan ukuran program serta kecakapan keuangan si penerima dan pilihannya.
- Hitung jumlah yang akan disampaikan berdasarkan kebutuhan yang akan dipenuhi dan biaya untuk memenuhi kebutuhan tersebut.
- Tentukan frekuensi pengiriman dan jangka waktunya berdasarkan kebutuhan, pergantian musim, kapasitas penyedia jasa keuangan dan risiko perlindungan.
- Ketika memungkinkan dan layak, gunakan perspektif multi-sektor.
- Tentukan berbagai isu kunci dan indikator-indikator terkait untuk memantau proses, aktivitas, tingkatan hasil dan dampak.

Pelaksanaan

- Masukkan berbagai pertimbangan konteks yang spesifik dan berbagai dimensi yang relevan lainnya di dalam penawaran penyediaan jasa keuangan dan tetapkan kriteria yang jelas untuk seleksinya.
- Pertimbangkan menggunakan berbagai mekanisme penyampaian yang sudah dikenali dan yang sudah ada untuk perlindungan sosial.
- Buatlah registrasi penerima bantuan dan sistem identifikasi yang sesuai untuk mekanisme penyampaian serta untuk melindungi data pribadi.
- Pastikan bahwa registrasi dan identifikasi meliputi data yang dibutuhkan oleh penyedia layanan keuangan.
- Terapkan dan dokumentasikan upaya-upaya perlindungan data.
- Buatlah mekanisme-mekanisme untuk data digital dengan bekerjasama berbagai organisasi untuk sedapat mungkin menjadi sistem bagi-pakai (*inter-operable systems*)
- Tentukan dengan jelas prosedur, peranan dan tanggung-jawab untuk proses pengiriman uang tunai, juga mekanisme manajemen risikonya.

- Pastikan bahwa proses pengiriman bantuan berbasis tunai dapat diakses dan efektif.
- Pastikan semua kelompok terdampak dapat mengakses mekanisme pengiriman yang telah dipilih sepanjang proyek tersebut berjalan.
- Pastikan para penerima bantuan memiliki informasi terhadap berbagai tujuan program dan jangka waktu bantuan, sehingga mereka dapat menggunakan informasi tersebut memandu keputusan pembelanjannya.
- Pastikan para penyedia layanan keuangan akuntabel terhadap para penerima bantuan melalui manajemen kontrak dan pemantauan ⊕ *lihat Komitmen 4 dan 5 Standar Kemanusiaan Inti.*



Pemantauan, evaluasi dan pembelajaran

- Pantau proses-proses yang berhubungan dengan bantuan berbasis tunai, berbagai aktivitas, output dan risiko, termasuk pemantauan pasca-distribusi.
- Pantau apakah bantuan uang tunai dan/atau kupon diterima oleh orang yang tepat, dengan aman, tepat waktu dan dalam jumlah yang tepat.
- Pantau pasar dan rantai persediaannya secara konsisten, selain memantau harganya.
- Pantau pengeluaran rumah tangga dan triangulasikan dengan data pantauan pasar untuk menentukan apakah berbagai kebutuhan memang bisa diperoleh melalui bantuan berbasis tunai dan berbagai strategi penanggulangan yang negatif dapat dikurangi.
- Pantau berbagai risiko potensial dari bantuan berbasis tunai tersebut, termasuk berbagai risiko perlindungan dan dampak negatif terhadap berbagai sumber daya alam.
- Evaluasi dampak yang berhubungan dengan bantuan berbasis tunai.
- Secara rutin lakukan evaluasi apakah pilihan bantuan berbasis tunai tersebut efektif dalam memenuhi berbagai kebutuhan yang terus berubah, adaptasi program dan dukung pembelajaran secara berkelanjutan untuk program-program di masa mendatang.

Daftar Periksa untuk manajemen rantai pasok dan logistik

Bagian ini menyajikan sebuah daftar pertimbangan-pertimbangan untuk manajemen rantai-pasok dan logistik. Daftar ini mengikuti siklus manajemen program dan termasuk berbagai elemen penting lainnya yang perlu dipertimbangkan juga.

Manajemen rantai-pasok (*supply chain management – atau SCM*) dimulai dari pemilihan komoditas atau layanan. Hal ini termasuk mengidentifikasi sumber apa saja yang dibutuhkan, pembelian, manajemen mutu, manajemen risiko (termasuk asuransi), pengepakan, pengiriman, transportasi, gudang penyimpanan, manajemen inventaris, pengantaran dan distribusi. SCM melibatkan berbagai macam mitra yang beragam, dan penting untuk saling berkoordinasi dalam aktivitasnya ⊕ *lihat Komitmen 6 dari Standar Kemanusiaan Inti.*

Kepakaran SCM yang spesifik dibutuhkan. Tipe-tipe tertentu yang keparannya relevan termasuk manajemen kontrak, manajemen transportasi dan pergudangan, manajemen inventaris, manajemen analisis penyaluran dan informasi, manajemen pengiriman barang, dan manajemen impor. Berbagai praktik manajemen dan pemantauan harus dapat memastikan bahwa berbagai komoditas yang ada aman dijaga hingga ke titik-titik distribusi. Namun, berbagai organisasi kemanusiaan juga bertanggung jawab untuk memastikan bahwa produk-produk dan layanannya (termasuk berbagai layanan bantuan berbasis tunai) sampai ke masyarakat yang membutuhkan bantuan tersebut.

Pembelian barang lokal dan regional akan merangsang pasar lokal yang dapat memberikan insentif bagi para petani dan pengrajin lokal untuk memproduksi lebih banyak dan pada akhirnya akan meningkatkan ekonomi lokal itu sendiri. Namun, ketika persediaannya memang sudah terbatas, pembelian barang lokal dan regional dapat menyebabkan timbulnya berbagai masalah di pasar-pasar yang lainnya atau mengganggu berbagai jaringan komersial yang memang sudah ada. Sebaliknya, kegiatan impor dapat menyingkirkan berbagai produsen lokal atau regional dan juga mengganggu berbagai jaringan perniagaan yang telah ada sebelumnya.

Rancangan program

- Lakukan pengkajian ketersediaan barang-barang kebutuhan dan berbagai layanan lokal sebelum mencari sumber yang lainnya dari luar daerah tersebut.
- Pertimbangkan untuk bekerja dengan berbagai penyalur terpercaya milik lokal atau regional yang memiliki pengetahuan penting mengenai berbagai regulasi, prosedur, dan fasilitas lokal serta dapat membantu menyesuaikan dengan berbagai aturan hukum di negara setempat dan mempercepat pengirimannya.
- Dalam lingkungan konflik, gunakan suatu proses pemeriksaan ketat khusus untuk para penyedia layanan.
- Pastikan dengan hati-hati bahwa sumber lokal tersebut tidak sampai menimbulkan atau meningkatkan terjadinya perselisihan.
- Pertimbangkan apakah penggunaan sumber daya alam apapun berkelanjutan dan apakah penggunaannya akan menyebabkan makin meningkatnya konflik terhadap berbagai sumber daya tersebut.
- Tetapkan suatu prosedur yang transparan, adil, dan terbuka dalam pemberian berbagai kontrak, dengan mempertimbangkan berbagai pilihan baik dari lokal, nasional maupun internasional.
- Jika beberapa organisasi turut serta, usahakan untuk melakukan koordinasi dengan sumber lokal semaksimal mungkin.

Pelaksanaan

- Bangun suatu hubungan baik dengan para pemasok, pedagang lokal, dan penyedia layanan.
- Tegakkan mutu barang-barang dan layanan yang layak melalui kontrak-kontrak serta praktik-praktik etik dan lingkungan yang berkelanjutan.
- Latih dan awasi para staf di semua tingkatan rantai pasok untuk mempertahankan mutu barang dan mengikutinya, berbagai prosedur keamanan (untuk para penerima bantuan dan staf) juga untuk menjamin praktik etik dan lingkungan yang berkelanjutan.
- Sertakan para staf dari berbagai organisasi mitra dan penyedia layanan dalam berbagai macam pelatihan dan lakukan pelatihan tersebut menggunakan bahasa setempat.
- Bangun prosedur-prosedur akuntabilitas, termasuk pasokan, transportasi dan rencana penyimpanan barang, manajemen inventaris, pelaporan, dan sistem keuangan.
- Hindari penggunaan makanan untuk membayar berbagai operasi logistik seperti membongkar gudang. Pembayaran seperti itu harus disertakan di dalam rancangan biaya inti.
- Pisahkan gudang barang untuk pangan dan non-pangan direkomendasikan. Saat memilih gudang penyimpanan, pastikan bahwa gudang tersebut tidak digunakan untuk menyimpan berbagai barang yang berbahaya dan bahwa tidak ada bahaya akan adanya kontaminasi. Berbagai faktor yang perlu dipertimbangkan termasuk:

keamanan, kapasitas, kemudahan akses, kepadatan strukturan dan tidak adanya ancaman terhadap banjir.

- Lakukan pengkajian dan manajemen risiko untuk mengamankan berbagai jalur transportasi dan gudang.
- Dalam situasi konflik, tetapkan berbagai sistem pengendalian dan awasi semua tahapan rantai penyediaan barang untuk meminimalkan risiko pencurian atau pengambilalihan oleh pihak yang bertikai.
- Analisa dan sampaikan berbagai implikasi yang berhubungan dengan politik dan keamanan yang lebih luas, seperti kemungkinan pengalihan persediaan bahan bakar ke konflik bersenjata ⊕ *lihat Prinsip Perlindungan 2*.
- Minimalkan dan laporkan kehilangan barang-barang pada semua tahapan rantai penyediaan.
- Inspeksi berbagai komoditas yang rusak atau tidak layak oleh beberapa inspektur yang memang memiliki kualifikasi (misalnya ahli keamanan makanan dan laboratorium kesehatan umum) dan telah disertifikasi untuk dibuang.
- Buang secepatnya berbagai komoditas yang telah rusak; sebelum menjadi suatu masalah kesehatan atau keamanan tersendiri. Berbagai metode pembuangan komoditas termasuk penjualan (misalnya atau makanan untuk binatang) dan penguburan atau pembakaran yang telah diresmikan dan harus disaksikan oleh otoritas yang relevan. Pada semua kasus, berbagai komoditas yang tidak layak tidak boleh masuk kembali ke dalam rantai penyediaan barang, membahayakan lingkungan atau mengontaminasi sumber air ⊕ *lihat standar manajemen pembuangan limbah padat WASH 5.1 hingga 5.3*.
- Kebutuhan untuk manajemen harian termasuk pelaporan yang segera dan transparan mengenai berbagai penundaan atau penyimpangan dalam rantai penyediaan barang. Buat dokumentasi yang cukup dan formulir yang tersedia dalam bahasa setempat di semua lokasi barang-barang tersebut diterima, disimpan dan/atau disalurkan. Dengan melakukan hal tersebut dapat menjaga adanya suatu rekam audit transaksi yang terdokumentasi.

Pemantauan, evaluasi dan pembelajaran

- Pantau dan kelola alur komoditas untuk menghindari pengalihan dan interupsi terhadap pendistribusian, juga untuk menghindari penyimpangan di pasar.
- Informasikan ke para pemangku kepentingan tentang kinerja dari berbagai usaha rantai penyediaan barang.
- Bagi informasi yang relevan tentang tingkat persediaan barang, perkiraan kedatangan dan distribusi diantara para pemangku kepentingan rantai persediaan barang. Gunakan pelacakan tingkat persediaan barang untuk menyoroti kekurangan yang diantisipasi serta berbagai macam permasalahannya pada waktu yang tepat. Pembagian informasi di antara para mitra dapat memfasilitasi peminjaman yang dapat mencegah terputusnya alur. Ketika ada sumber daya yang kurang, perlu adanya prioritas mengenai berbagai komoditas. Konsultasikan dengan para pemangku kepentingan ketika ingin mencari pemecahan masalahnya.
- Pastikan akuntabilitas dan mekanisme komunikasi mencerminkan kekhususan dari proses pengiriman.
- Pastikan pelacakan komoditas dan sistem manajemen informasi berada pada tempatnya sejak awal intervensi.
- Evaluasi secara rutin apakah bantuan tersebut efektif dalam memenuhi kebutuhan yang terus berubah, adaptasi program tersebut dan dukung pembelajaran kontinu untuk program-program di masa mendatang.



Referensi dan bacaan lebih lanjut

Pemahaman kerentanan dan kemampuan

Humanitarian Inclusion Standards for Older People and People with Disabilities. Age and Disability Consortium as part of the ADCAP programme. HelpAge, 2018. www.helpage.org

Penyusunan program berbasiskan iman

A faith-sensitive approach in humanitarian response: Guidance on mental health and psychosocial programming. The Lutheran World Federation and Islamic Relief Worldwide, 2018. <https://interagencystandingcommittee.org>

Analisis pasar dan penyusunan program berbasis pasar

Minimum Economic Recovery Standards (MERS): Core Standard 2 and Assessment and Analysis Standards. The Small Enterprise Education and Promotion Network (SEEP), 2017. <https://seepnetwork.org>

Minimum Standard for Market Analysis (MISMA). The Cash Learning Partnership (CaLP), 2017. www.cashlearning.org

Bantuan Tunai

CBA Programme Quality Toolbox. CaLP. <http://pqtoolbox.cashlearning.org>

Manajemen rantai pasokan dan logistik

Cargo Tracking: Relief Item Tracking Application (RITA). Logistics Cluster. www.logcluster.org

Humanitarian Response. info: Logistics references page. UNOCHA. <https://www.humanitarianresponse.info>

Logistics Operational Guide (LOG). Logistics Cluster. <http://dica.logcluster.org>

Oxfam Market Systems and Scenarios for CTP – RAG Model 2013. Logistics Cluster. www.logcluster.org

Toolkit for Logistics in C&V. Logistics Cluster. www.logcluster.org

Bacaan lebih lanjut

Untuk bacaan lebih lanjut silakan lihat di www.spherestandards.org/handbook/online-resources



Piagam Kemanusiaan

Piagam Kemanusiaan

Piagam Kemanusiaan memuat landasan etika dan hukum bagi Prinsip-prinsip Perlindungan, Standar Kemanusiaan Inti dan Standar Minimum dalam buku ini. Sebagian memuat pernyataan hak dan kewajiban hukum; sebagian lagi mengenai pernyataan tentang 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 pilihan prinsip-prinsip yang sama.

Keyakinan 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 guna memastikan kondisi dasar untuk hidup yang bermartabat. Kami percaya bahwa prinsip-prinsip yang termaktub dalam Piagam Kemanusiaan adalah universal, diterapkan bagi semua orang yang terdampak bencana atau konflik, dimanapun mereka berada, dan kepada semua orang yang berusaha membantu atau yang menyediakan keamanan. Prinsip-prinsip ini tercermin pada hukum internasional, namun kekuatan utamanya diperoleh dari prinsip moral dasar **kemanusiaan**: bahwa semua manusia terlahir bebas dan setara dalam martabat dan hak-haknya. Berdasarkan prinsip ini, kami menegaskan keutamaan **amanah kemanusiaan**: bahwa tindakan harus dilakukan guna mencegah atau meringankan penderitaan manusia yang disebabkan oleh bencana atau konflik, dan tidak ada yang dapat 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 yang terdampak.

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

Peran kami

2. Kami mengakui bahwa, pertama-tama, adalah 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 untuk menyediakan bantuan secepatnya kepada penduduk terkena bencana, memastikan perlindungan dan keamanan, dan menyediakan dukungan untuk pemulihan mereka. Kami percaya bahwa perpaduan tindakan resmi dan sukarelawan adalah sangat penting bagi pencegahan dan respons darurat yang efektif. Dalam hal ini Organisasi Nasional Gerakan Palang Merah

dan Bulan Sabit Merah Sedunia serta pelaku masyarakat sipil lainnya memainkan peranan 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 yang memegang kekuasaan. 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 pelaku 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-hambatan hukum dan praktis, menjamin keamanan serta memberikan akses mereka kepada penduduk terdampak yang tepat waktu dan konsisten



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 dewasa, 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:

- **hak hidup yang bermartabat**
- **hak untuk mendapatkan bantuan kemanusiaan**
- **hak atas perlindungan dan keamanan**

Meski hak-hak ini tidak dirumuskan dalam bentuk-bentuk seperti dalam hukum internasional, hak-hak tersebut merangkum sekumpulan hak hukum yang sudah mapan dan memberi kelengkapan pemaknaan terhadap amanah kemanusiaan .

5. **Hak atas hidup yang bermartabat** tercermin dalam ketentuan-ketentuan hukum internasional, dan khususnya langkah-langkah hak asasi manusia mengenai hak atas hidup, standar hidup yang layak dan kebebasan dari perlakuan atau hukuman yang kejam, tidak manusiawi atau merendahkan martabat. Hak atas hidup mensyaratkan kewajiban untuk mempertahankan hidup ketika terancam. Tersirat didalamnya adalah kewajiban untuk tidak menahan dan menggagalkan pemberian bantuan penyelamatan jiwa. Martabat memerlukan lebih dari sekedar kesejahteraan fisik; ia juga menuntut perilaku hormat terhadap individu seutuhnya, termasuk nilai dan kepercayaan dari para individu dan komunitas terdampak, dan hormat terhadap hak asasi mereka, termasuk kemerdekaan, kebebasan hati nurani, 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 Kemanusiaan 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 membolehkan 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 negara tersebut harus mencari bantuan internasional untuk melakukannya. Hukum yang berkaitan dengan perlindungan terhadap penduduk sipil dan pengungsi internal menuntut perhatian khusus pada keadaan berikut:

- i. Pada **masa konflik bersenjata** sebagaimana didefinisikan oleh hukum humaniter internasional, dibuat ketentuan hukum khusus untuk memberi perlindungan dan bantuan bagi mereka yang tidak terlibat dalam konflik. Khususnya, Konvensi Jenewa 1949 dan Protokol Tambahan 1977 mewajibkan kepada para pihak yang terlibat dalam konflik bersenjata internasional dan non-internasional. Kami menekankan kekebalan umum dari penyerangan dan pembalasan, dan secara khusus pentingnya:
 - prinsip **pembedaan** antara penduduk sipil dan pemanggul bersenjata, dan antara obyek sipil dan sasaran militer;
 - prinsip **proporsionalitas** dalam penggunaan kekuatan dan **kehati-hatian** dalam penyerangan;
 - kewajiban untuk menahan diri dari penggunaan senjata yang tidak pandang bulu atau yang sifatnya menyebabkan cedera yang berlebihan atau penderitaan yang tidak perlu; dan
 - kewajiban untuk mengizinkan penyediaan bantuan yang tidak memihak.

Banyak penderitaan pada penduduk sipil yang sebenarnya bisa dihindari, berasal dari kegagalan untuk mematuhi 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 terpaksa untuk meninggalkan rumah mereka untuk mencari keamanan dan pemenuhan kebutuhan hidup. Ketentuan-ketentuan dalam Konvensi 1951 mengenai Status Pengungsi (sebagaimana sudah diamandemen) dan perjanjian-perjanjian internasional dan regional lainnya memberikan perlindungan mendasar bagi orang-orang yang tidak dapat memperoleh perlindungan dari negara kewarganegaraan atau negara tempat mereka tinggal

dan terpaksa mencari keselamatan di negara lain. Yang utama diantara prinsip-prinsip di atas adalah prinsip **non-refoulement**: prinsip bahwa tak seorang pun boleh dipulangkan ke negaranya dimana kehidupan, kebebasan atau keamanan fisik mereka akan terancam atau dimana mereka kemungkinan akan menghadapi peniksaan atau kekejaman lain, tidak manusiawi atau merendahkan lainnya. Prinsip yang sama, sedemikian halnya, berlaku untuk pengungsi internal, sebagaimana dicerminkan dalam hukum hak asasi manusia internasional dan diuraikan dalam Prinsip-prinsip Panduan 1998 mengenai Pengungsian Internal dan hukum regional dan nasional terkait.

Komitmen kami

8. Kami menawarkan pelayanan berdasarkan keyakinan bahwa penduduk terkena dampak bencana atau konflik menjadi pusat dari 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 setempat untuk mencegah, mempersiapkan dan menghadapi bencana, dan akibat-akibat dari konflik, serta menguatkan kapasitas pelaku-pelaku setempat di semua tingkatan.

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

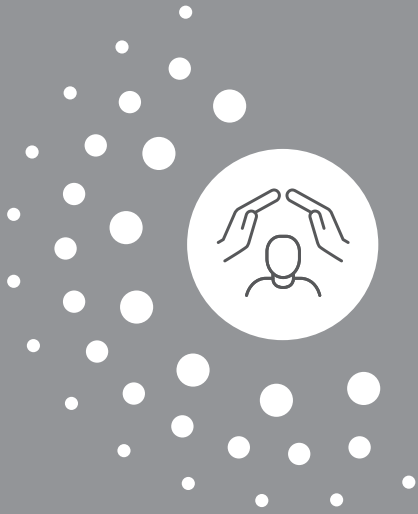
10. Kami akan bertindak sesuai dengan prinsip-prinsip aksi kemanusiaan yang diatur dalam Piagam ini dan dengan panduan khusus dalam Kode Etik Gerakan Palang Merah dan Bulan Sabit Merah Sedunia dan ORNOP Kemanusiaan (1994).

11. Standar Kemanusiaan Inti dan Standar Minimum Sphere 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 pelaku swasta dan non-negara, untuk mengadopsi pilihan Standar Kemanusiaan Inti dan Standar Minimum Sphere sebagai norma bersama.

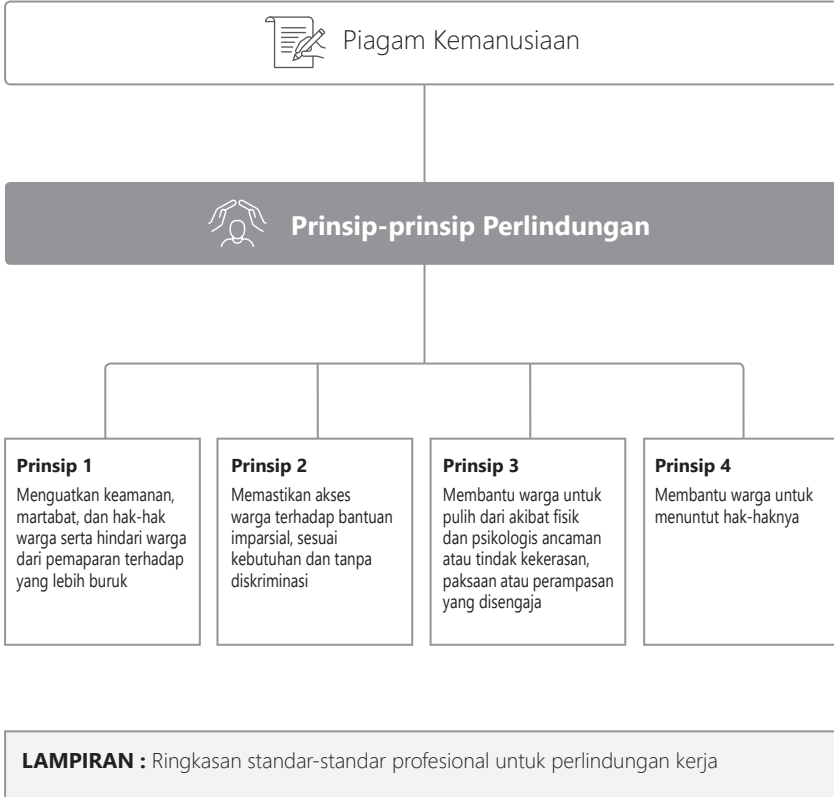
12. Dengan mengikuti Standar Kemanusiaan Inti dan Standar Minimum Sphere, kami berkomitmen untuk berupaya memastikan bahwa orang-orang yang terkena dampak bencana atau konflik memiliki akses setidaknya persyaratan minimal untuk hidup yang bermartabat dan aman, termasuk air, sanitasi, makanan, gizi, permukiman 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 penduduk yang terkena dampak. Di bagian kami, kami bekerja untuk membuat respons



darurat yang lebih efektif, pantas, dan akuntabel melalui pengkajian dan pemantauan yang bermutu atas perkembangan konteks lokal, melalui informasi dan pengambilan keputusan yang transparan; melalui koordinasi dan kerja sama yang lebih efektif dengan berbagai pelaku terkait pada semua tingkatan, sebagaimana dijelaskan dalam Standar Kemanusiaan Inti dan Standar Minimum Sphere. 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



Daftar Isi

Prinsip-prinsip Perlindungan.....	36
Prinsip Perlindungan 1.....	38
Prinsip Perlindungan 2.....	40
Prinsip Perlindungan 3.....	41
Prinsip Perlindungan 4.....	43
Lampiran: Ringkasan Standar-standar Profesional untuk Kerja Perlindungan.....	45
Rujukan dan Bacaan lebih lanjut.....	47



Prinsip-prinsip Perlindungan

Empat prinsip perlindungan yang diterapkan pada semua aksi kemanusiaan dan semua pelaku kemanusiaan.

1. Memperkuat keamanan, martabat, dan hak-hak warga serta menghindarkan warga dari paparan yang lebih buruk.
2. Memastikan akses warga untuk mendapatkan bantuan berdasarkan kebutuhan dan tanpa diskriminasi.
3. Membantu warga untuk pulih secara fisik dan psikologis dari ancaman atau tindak kekerasan, paksaan, atau perampasan yang disengaja.
4. Membantu warga untuk menuntut hak-haknya.

Prinsip-prinsip perlindungan mendukung hak-hak yang ditetapkan dalam Piagam Kemanusiaan: hak atas hidup dengan bermartabat, hak atas bantuan kemanusiaan, dan hak atas perlindungan serta keamanan. Prinsip-prinsip tersebut menyatakan peran yang dapat dilakukan oleh semua pelaku kemanusiaan dalam membantu perlindungan warga. Peran dan tanggung jawab pelaku kemanusiaan, bagaimanapun bersifat sekunder dari peran dan tanggung jawab negara. Negara atau pihak berwenang lainnya yang memegang tanggung jawab hukum untuk kesejahteraan mereka yang berada dalam wilayah atau di bawah kendali mereka dan untuk keamanan penduduk sipil dalam hal konflik bersenjata. Pada akhirnya, pihak berwenang inilah yang memiliki kewajiban untuk memastikan perlindungan dan keamanan penduduk melalui tindakan atau dengan menahan diri. Peran pelaku kemanusiaan adalah untuk mendorong dan memengaruhi pihak berwenang untuk memenuhi tanggung jawabnya dan, ketika mereka gagal melaksanakan, membantu penduduk dalam menanggulangi akibat-akibatnya.

Bab ini memberikan pedoman tentang cara organisasi kemanusiaan dapat berkontribusi dalam perlindungan dengan membantu warga tetap aman, akses terhadap bantuan, pulih dari kekerasan dan menuntut hak-hak mereka.

Perlindungan berkaitan dengan keselamatan, martabat, dan hak-hak warga terdampak bencana atau konflik bersenjata. The Inter-Agency Standing Committee (IASC) mendefinisikan perlindungan sebagai:

“...semua kegiatan yang bertujuan untuk mendapatkan penghormatan penuh atas hak-hak individu sesuai dengan apa yang tersurat dan semangat dari aturan-aturan hukum yang relevan (misalnya hukum hak-hak asasi manusia internasional, hukum pengungsi internasional).”

Dalam suatu pengertian yang luas, perlindungan mencakup seluruh upaya yang dilakukan oleh pelaku-pelaku kemanusiaan dan hak-hak manusia untuk memastikan hak-hak warga terdampak dan kewajiban pengembalian tugas di bawah hukum internasional dipahami, dihormati, dilindungi dan dipenuhi tanpa diskriminasi.

Perlindungan berarti bertindak untuk mengamankan warga dari kekerasan, paksaan, dan perampasan yang disengaja. Sering ada suatu rangkaian keprihatinan prioritas perlindungan yang berdampak pada seluruh komunitas dalam situasi kemanusiaan tertentu, yang aksi bersama menjadi penting bila ini ditangani secara tepat guna. Untuk suatu respons kemanusiaan menjadi berorientasi pada perlindungan, penting memahami dan menangani risiko utama warga yang terdampak, termasuk kerugian serius yang timbul dari kegagalan untuk menghormati hukum humaniter, pengungsi, atau hak asasi manusia internasional.

Melaksanakan Prinsip ke dalam Praktik

Siapa saja yang menerapkan Standar-standar minimum Sphere harus dipandu oleh prinsip-prinsip perlindungan, bahkan ketika mereka tidak memiliki suatu mandat khusus untuk memberikan perlindungan atau kapasitas terkait perlindungan. Ini meliputi pemahaman konteks dan mengambil langkah-langkah untuk mencegah, membatasi, atau mengakhiri pelanggaran dan risiko-risiko terhadap keselamatan penduduk. Sangat penting untuk memberikan informasi dan mendukung kemampuan warga agar dapat membuat keputusan berdasarkan informasi mengenai situasi dan pemulihan mereka sendiri.

Pelaku khusus perlindungan harus memenuhi prinsip-prinsip ini selain memenuhi standar pelengkap yang spesifik. Pelaku khusus perlindungan melakukan pekerjaan yang berdiri sendiri, dengan fokus pada bidang-bidang tertentu seperti:

- perlindungan anak;
- kekerasan berbasis gender;
- hak atas hunian, lahan, dan properti;
- aksi ranjau;
- penegakan aturan hukum dan keadilan;
- konseling hukum;
- advokasi dan pembela hak-hak asasi manusia;
- penduduk pengungsi internal; dan
- hak-hak pengungsi.

⊕ Lihat Rujukan dan Lampiran: “Standar Profesional untuk Pekerjaan Perlindungan”, yang juga mencakup penelusuran keluarga, pembaruan dokumen, perlindungan data dan wilayah lainnya.

Kegiatan-kegiatan perlindungan

Kegiatan-kegiatan berhubungan dengan perlindungan dapat berupa pencegahan, respons darurat, perbaikan, dan pembentukan lingkungan. Menegakkan prinsip-prinsip perlindungan mensyaratkan suatu kombinasi kegiatan-kegiatan ini.

- **Preventif:** Pencegahan terhadap ancaman keamanan, martabat, atau hak-hak dari sejak kejadian atau mengurangi paparan atau kerentanan terhadap ancaman-ancaman ini.
- **Responsif:** Menghentikan pelanggaran atau penyalahgunaan yang sedang berlangsung dengan segera merespons peristiwa pelanggaran, pemaksaan, atau perampasan.
- **Perbaikan:** Memberikan pemulihan terhadap pelanggaran yang sedang berlangsung atau masa lalu dengan memberikan layanan kesehatan (termasuk dukungan psikososial), dukungan hukum, atau dukungan lain, membantu penduduk mengembalikan martabatnya.
- **Pembangunan lingkungan:** Menyumbang pada suatu perubahan kebijakan, sosial, budaya, kelembagaan dan lingkungan hukum yang mendukung penghormatan sepenuhnya hak-hak penduduk terdampak. Ini meliputi mendukung penghormatan terhadap hak-hak sesuai hukum internasional.



Advokasi, baik publik ataupun privat, sama-sama berkaitan dengan keempat jenis kegiatan. Bila ancaman-ancaman terhadap warga terdampak berasal dari keputusan, tindakan atau kebijakan yang disengaja, organisasi-organisasi kemanusiaan dan hak-hak asasi manusia harus mengadvokasikan perubahan keputusan-keputusan, tindakan atau kebijakan yang mengancam hak-hak warga terdampak. Ini mungkin meliputi memengaruhi atau mengubah perilaku seseorang atau organisasi yang menunjukkan suatu ancaman, juga berusaha mengubah kebijakan-kebijakan atau kerangka kerja hukum yang diskriminatif. Ini juga dapat meliputi mendukung upaya-upaya penduduk itu sendiri untuk tinggal aman dan mengurangi paparan penduduk terhadap risiko.

Prinsip Perlindungan 1: Memperkuat keamanan, martabat, dan hak-hak warga serta menghindarkan warga dari paparan yang lebih buruk

Pelaku kemanusiaan mengambil langkah untuk mengurangi seluruh risiko dan kerentanan warga, termasuk kemungkinan akibat buruk dari program-program kemanusiaan.

Prinsip ini meliputi:

- Memahami risiko-risiko perlindungan dalam konteks;
- Menyediakan bantuan yang mengurangi risiko-risiko yang dihadapi warga dalam memenuhi kebutuhan-kebutuhan dengan bermartabat;
- Menyediakan bantuan dalam suatu lingkungan yang tidak semakin memaparkan penduduk terhadap ancaman fisik, kekerasan atau pelecehan; dan
- Mendukung kapasitas penduduk untuk melindungi diri sendiri.

Inti dari prinsip ini adalah pentingnya menghindari akibat buruk yang disebabkan oleh program kemanusiaan. ☉ Lihat Komitmen 3 Standar Kemanusiaan Inti.

Catatan-catatan panduan

Analisis konteks: Pahami konteks dan antisipasi akibat aksi kemanusiaan yang dapat berdampak terhadap keamanan, martabat dan hak-hak penduduk terdampak. Bekerjalalah dengan mitra dan kelompok perempuan dewasa, dan laki-laki dewasa, anak laki-laki dan anak perempuan terdampak untuk melakukan analisis risiko yang teratur ketika situasi berubah sesuai waktu.

Daftar di bawah ini tidak lengkap namun dapat digunakan sebagai dasar analisis seperti itu:

- Apa saja ancaman-ancaman, risiko-risiko dan kerentanan perlindungan pada keseluruhan penduduk? Apakah kapasitas yang dimiliki penduduk untuk mengurangi hal-hal itu?
- Adakah kelompok-kelompok yang menghadapi risiko-risiko khusus? Mengapa? Pertimbangkan, sebagai contoh, kesukuan, kasta, kelas, gender, jenis kelamin, usia, disabilitas, atau orientasi seksual.
- Adakah hambatan yang menghalangi warga untuk mengakses bantuan atau terlibat dalam pengambilan keputusan? Apakah ini termasuk keamanan, halangan sosial atau fisik, atau cara informasi diberikan?

- Apakah yang dilakukan komunitas setempat untuk melindungi diri mereka sendiri? Bagaimana organisasi kemanusiaan dapat mendukung dan tidak merongrong upaya-upaya ini? Adakah risiko-risiko penduduk melindungi diri sendiri?
- Apakah penduduk terlibat dalam mekanisme bertahan negatif seperti seks transaksional, perkawinan dini, buruh anak, atau migrasi berisiko? Apakah yang dapat dilakukan untuk memitigasi kerentanan yang mendasarinya?
- Apakah kegiatan-kegiatan kemanusiaan mempunyai akibat-akibat negatif yang tidak disengaja, seperti menempatkan warga berisiko di titik distribusi atau mengakibatkan perpecahan di dalam komunitas atau dengan komunitas tuan rumah? Apakah yang dapat dilakukan untuk mengurangi risiko ini?
- Adakah sanksi hukuman yang menimbulkan risiko perlindungan seperti pengujian wajib terhadap HIV, kriminalisasi hubungan sesama jenis, atau yang lain?

Buat dan pertahankan pertukaran informasi dan mekanisme akuntabilitas dengan komunitas-komunitas, termasuk warga yang berisiko, untuk mengidentifikasi, dan menangani isu-isu perlindungan.

Hindari menjadi terlibat: dalam pelanggaran hak-hak warga melalui kegiatan-kegiatan yang memberikan legitimasi terhadap kebijakan-kebijakan dan praktik-praktik yang dapat menyebabkan permasalahan. Contoh kegiatan yang memungkinkan memicu perpindahan penduduk secara paksa untuk alasan politik atau militer, atau secara tidak langsung meningkatkan konflik melalui pilihan mitra atau kontraktor komersial secara ceroboh. Analisis ini dapat melibatkan pilihan-pilihan dan keputusan sulit, namun ini harus secara jelas ditimbang dan ditinjau sesuai perubahan keadaan.



Bantuan kemanusiaan: Cara bantuan diberikan, dan lingkungan tempat pemberian, dapat membuat penduduk lebih rentan terhadap hal buruk, kekerasan atau paksaan.

- Menyediakan bantuan di lingkungan yang paling aman dan secara aktif menemukan cara untuk mengurangi ancaman-ancaman dan kerentanan-kerentanan. Contohnya, pemberian pendidikan dan layanan Kesehatan di tempat semua penduduk dapat mengakses secara aman. ⊕ Lihat "*INEE Handbook*".
- Mengambil semua langkah yang memadai ketika memberikan dan mengelola bantuan untuk melindungi penduduk dari serangan fisik dan seksual. Contohnya, bantuan bahan-bahan berharga atau tunai dapat menjadi incaran penjarahan, menempatkan penerima pada risiko buruk.
- Membantu warga menemukan pilihan aman untuk memenuhi kebutuhan dasar dengan suatu cara mengurangi paparan terhadap risiko. Sebagai contoh, dengan memberikan materi pengganti bahan bakar yang mengurangi kebutuhan untuk mengumpulkan kayu bakar di lingkungan yang berbahaya.
- Merancang kegiatan-kegiatan yang melindungi anak-anak perempuan dan anak laki-laki, dan jangan ciptakan risiko-risiko tambahan, seperti perekrutan anak, penculikan anak atau terpisah dari keluarga. ⊕ Lihat "*CPMS Handbook*".
- Mengkoordinasikan dengan pemerintah yang berwenang dan organisasi khusus yang memindahkan ranjau darat dan artileri yang belum meledak dari wilayah tempat pemberian bantuan diberikan. ⊕ Lihat "*International Mine Action Standards*".
- Mempertimbangkan setiap dampak yang tidak diinginkan di lingkungan yang dapat berakibat terhadap keamanan, martabat, dan hak-hak penduduk.

Mengonsultasikan dengan setiap bagian komunitas, termasuk dengan kelompok berisiko dan organisasi-organisasi yang mereka percayai, untuk memahami cara terbaik dalam memberikan bantuan. Sebagai contoh, bekerja dengan penyandang disabilitas

dalam menentukan cara untuk memberikan bantuan. Tidak boleh ada risiko-risiko tambahan terhadap kesejahteraan warga atau keselamatan orang-orang yang mereka percaya untuk menerima bantuan atas nama mereka.

Mekanisme perlindungan komunitas: Pahami cara penduduk melindungi diri mereka sendiri, keluarganya dan komunitasnya. Dukung inisiatif swadaya yang dipimpin komunitas. Intervensi kemanusiaan tidak boleh membahayakan kapasitas warga untuk melindungi diri mereka sendiri dan orang lain.

Informasi sensitif Pastikan agar warga tidak ditempatkan dalam risiko sebagai akibat dari cara pelaku kemanusiaan mencatat dan membagikan informasi. Tetapkan suatu kebijakan dalam pengumpulan dan merujuk informasi yang sensitif. Hal ini harus dijelaskan dalam keadaan seperti apa informasi dapat dirujuk dan menghormati prinsip persetujuan. Kegagalan untuk melakukan hal ini dapat membahayakan keselamatan penyintas atau staf.

Prinsip Perlindungan 2: Memastikan akses warga untuk mendapatkan bantuan berdasarkan kebutuhan dan tanpa diskriminasi

Pelaku kemanusiaan mengidentifikasi kendala untuk mengakses bantuan dan mengambil langkah untuk memastikan bantuan diberikan sesuai proporsional dengan kebutuhan dan tanpa diskriminasi.

Prinsip ini meliputi:

- Mempertanyakan setiap tindakan yang secara sengaja menghilangkan kesempatan warga dari memenuhi kebutuhan-kebutuhan dasarnya, dengan menggunakan prinsip-prinsip kemanusiaan dan hukum yang relevan. ☺ Lihat Piagam Kemanusiaan;
- Memastikan warga menerima bantuan berdasarkan kebutuhan, dan mereka tidak didiskriminasikan atas dasar apa pun; dan
- Memastikan akses terhadap bantuan bagi semua bagian penduduk terdampak.

Inti dari prinsip ini yakni gagasan bahwa komunitas harus memiliki akses terhadap bantuan kemanusiaan yang mereka perlukan. ☺ Lihat Komitmen 2 Standar Kemanusiaan Inti.

Catatan-catatan Panduan

Imparsialitas: Prioritaskan bantuan semata-mata berdasarkan kebutuhan dan berikan bantuan sesuai dengan kebutuhan. Ini prinsip imparsialitas yang ditegaskan dalam Kode Etik Gerakan Palang Merah dan Bulan Sabit Merah Sedunia dan NGOs dalam Bantuan Bencana. ☺ Lihat Tambahan 2 dan Piagam Kemanusiaan. Organisasi kemanusiaan diwajibkan **tidak** berfokus pada pada suatu kelompok khusus (misalnya, warga yang berpindah di kamp atau kelompok minoritas khusus). Bila kewajiban ini diabaikan, maka akan merugikan kelompok lain diantara penduduk terdampak yang membutuhkan bantuan.

Hak untuk menerima bantuan kemanusiaan: Advokasikan hak-hak warga terdampak krisis untuk menerima bantuan kemanusiaan. Bila warga tidak mampu memenuhi kebutuhan dasarnya dan pihak berwenang yang bersangkutan tidak mampu memberikan bantuan, pihak berwenang tidak boleh menghalangi akses organisasi kemanusiaan yang imparsial.

Menghalangi akses itu mungkin melanggar hukum internasional, khususnya dalam situasi konflik bersenjata. Warga terdampak krisis tidak memerlukan suatu status hukum khusus untuk menerima bantuan kemanusiaan dan perlindungan.

Pihak berwenang tidak boleh menyangkal adanya kebutuhan-kebutuhan kemanusiaan atau menggunakan rintangan birokrasi untuk membatasi pergerakan pekerja kemanusiaan.

Halangan terhadap akses: Pantau akses penduduk terhadap bantuan kemanusiaan untuk mengidentifikasi dan memahami setiap penghambat yang mereka hadapi. Ambil langkah untuk menangani hal-hal ini bila dimungkinkan.

- Pertimbangkan penghalang yang mengurangi kebebasan gerak warga atau akses fisik mereka terhadap bantuan kemanusiaan. Ini termasuk blokade, ranjau darat dan titik-titik pemeriksaan. Dalam konflik bersenjata, pihak-pihak berkonflik dapat membentuk titik pemeriksaan, namun hal ini tidak boleh mendiskriminasi antar golongan warga terdampak atau terlalu menghalangi akses warga terhadap bantuan kemanusiaan.
- Tangani penghalang yang dapat membatasi akses kelompok dan perorangan tertentu, yang menimbulkan ketidaksetaraan bantuan. Penghalang mungkin mengarah ke diskriminasi terhadap perempuan dan anak-anak, warga lanjut usia, penyandang disabilitas, atau minoritas. Mereka juga dapat mencegah warga mengakses bantuan berdasarkan kesukuan, keagamaan, politik, orientasi seksual, identitas gender, bahasa, atau pertimbangan lain.
- Sediakan informasi dalam format dan bahasa yang dapat diakses, mengenai hak dan mekanisme pengaduan. Promosikan jangkauan kelompok-kelompok berisiko "tersembunyi" seperti penyandang disabilitas, anak-anak yang hidup di jalan, atau orang-orang yang hidup di wilayah sulit dijangkau, memfasilitasi akses aman mereka terhadap bantuan.



Prinsip Perlindungan 3: Membantu warga untuk pulih secara fisik dan psikologis dari ancaman atau tindak kekerasan

Pelaku kemanusiaan memberikan bantuan segera dan berkelanjutan untuk penduduk yang dirugikan oleh pelanggaran, termasuk rujukan ke layanan-layanan tambahan sebagaimana layaknya.

Prinsip ini meliputi :

- Merujuk penyintas ke layanan pendukung yang relevan;
- Melakukan semua langkah yang masuk akal untuk memastikan penduduk terdampak tidak menjadi korban pelanggaran, pemaksaan, atau perampasan lebih lanjut; dan
- Mendukung upaya mandiri penduduk penyintas untuk memulihkan martabat dan hak-haknya dalam komunitas mereka dan tetap aman.

Inti dari prinsip ini adalah bahwa komunitas dan penduduk penyintas menerima bantuan yang terkoordinasi dan saling melengkapi. ⊕ Lihat Komitmen 6 Standar Kemanusiaan Inti.

Catatan-catatan panduan

Rujukan: Kenali sistem rujukan yang sudah ada dan bantu warga terdampak kekerasan mengakses secara aman layanan yang cocok. Beberapa warga mungkin tidak mencari bantuan setelah suatu pelanggaran. Ambil langkah untuk memahami penghalang yang merintangangi warga dari upaya mencari bantuan dan mengadaptasikan sistem rujukan.

Dukung penyintas kekerasan fisik atau berbasis gender mengakses layanan seperti layanan kesehatan, bantuan polisi, kesehatan jiwa dan dukungan psikososial serta layanan lainnya. Layanan ini harus peka terhadap jenis kelamin, usia, disabilitas, orientasi seksual dan faktor relevan lain warga. ⊕ Lihat "*Guidelines for Integrating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Action.*"

Buat dan gunakan mekanisme rujukan tepat guna untuk layanan perlindungan anak yang membantu anak-anak penyintas kekerasan, eksploitasi, pelecehan, dan pengabaian.

Aksi komunitas: Dukung aksi komunitas dan kegiatan swadaya yang membantu memulihkan perasaan yang utuh dan memperbaiki perlindungan mereka.

Dukung mekanisme respons perlindungan keluarga, komunitas dan perorangan, dan kesehatan jiwa serta dukungan psikososial. Ini dapat termasuk menciptakan peluang-peluang warga dapat mendiskusikan situasi mereka, memiliki ancaman khusus terhadap perlindungan yang mana yang akan ditangani, dan mengembangkan dan melaksanakan langkah untuk menanganinya.

Bantu kelompok setempat, seperti kelompok kaum muda, kelompok perempuan atau kelompok keagamaan untuk melaksanakan upaya non-kekerasan dalam perlindungan diri, dan membantu orang-orang yang rentan.

Bilamana mungkin, pertahankan keutuhan keluarga, termasuk keluarga non-tradisional, dan bantu warga dari satu desa untuk tinggal bersama, atau membangun jejaring diantara mereka untuk dapat hidup di wilayah yang sama.

Dukung mekanisme bertahan komunitas yang positif, seperti pemakaman yang sesuai secara budaya, upacara dan praktik keagamaan, dan praktik-praktik budaya dan sosial yang tidak berbahaya.

Pemantauan dan pelaporan tentang Pelanggaran yang sedang terjadi: Kenali mekanisme pelaporan pelanggaran hak asasi manusia dan ikuti prosedur dan kebijakan yang ada untuk menyampaikan informasi sensitif secara aman. ⊕ Lihat Prinsip Perlindungan 1 dan Lampiran Standar Profesional untuk Kerja Perlindungan.

Pelanggaran yang sedang terjadi harus dipertimbangkan dan ditangani dengan mitra-mitra dan lembaga-lembaga khusus. Tanggung jawab utama untuk melindungi penduduk terletak pada pemerintah dan pihak berwenang yang lain. Bekerja dengan lembaga-lembaga khusus untuk mengidentifikasi pihak-pihak yang memiliki tanggung jawab hukum atau kapasitas untuk memberikan perlindungan dan mengingatkan mereka mengenai kewajiban mereka.

Lembaga keamanan dan penegak hukum, polisi, dan militer serta pasukan perdamaian berperan penting dalam memastikan keamanan fisik penduduk. Bila perlu dan aman melakukannya, beritahu polisi atau penegak hukum atau pelaku militer mengenai pelanggaran hak-hak asasi manusia.

Selama konflik bersenjata, pertimbangkan untuk memantau lembaga-lembaga yang memberikan layanan dasar dan yang secara khusus dilindungi berdasarkan hukum hu-

maniter internasional seperti sekolah-sekolah dan rumah sakit-rumah sakit, dan laporkan setiap serangan terhadap mereka. Lakukan upaya-upaya khusus untuk mengurangi risiko-risiko dan ancaman-ancaman penculikan atau rekrutmen paksa yang mungkin terjadi di wilayah-wilayah ini.

Mengelola informasi sensitif: Organisasi kemanusiaan harus memiliki kebijakan dan prosedur yang jelas untuk memandu staf mengenai cara merespons ketika mereka mengetahui atau menyaksikan pelanggaran, dan cara membuat rujukan kepada spesialis atau lembaga khusus. Kerahasiaan informasi harus dijelaskan dalam kebijakan-kebijakan itu.

Bukti seperti pernyataan saksi, profil penduduk, dan gambar yang memungkinkan orang-orang untuk diidentifikasi mungkin sangat sensitif dan dapat membuat orang-orang menjadi berisiko. Informasi sensitif mengenai penyalahgunaan atau pelanggaran tertentu harus dikumpulkan oleh Lembaga khusus yang dilengkapi dengan keterampilan yang diperlukan, sistem, kapasitas dan protokol ☉ Lihat Lampiran: Standar Profesional untuk Pekerja Perlindungan.

Prinsip Perlindungan 4: Membantu warga untuk menuntut hak-haknya

Pelaku kemanusiaan membantu komunitas terdampak menuntut hak-hak mereka melalui informasi dokumentasi serta mendukung upaya-upaya menguatkan penghormatan terhadap hak-hak.



Prinsip ini meliputi:

- Membantu warga untuk menegaskan hak-haknya dan untuk mengakses penyelesaian dari pemerintah atau sumber-sumber lain;
- Membantu penduduk untuk mengamankan dokumentasi yang dibutuhkannya untuk menunjukkan hak kepemilikan atau hak atas suatu hak; dan
- Mengadvokasikan untuk penghormatan sepenuhnya hak-hak warga dan hukum internasional, berkontribusi terhadap suatu lingkungan perlindungan yang lebih kuat.

Inti dari prinsip ini adalah penduduk terdampak krisis harus mengetahui hak-hak dan apa yang harus diperolehnya ☉ Lihat Komitmen 4 Standar Kemanusiaan Inti.

Catatan-catatan panduan

Informasi yang dapat diakses: Berikan pendidikan dan informasi yang memungkinkan warga memahami dan mengadvokasikan hak-hak mereka. Memberitahu warga tentang hak-haknya, sebagai contoh terkait opsi pemulangan dan permukiman kembali. Bekerjalah dengan organisasi khusus yang memberikan bantuan hukum untuk menginformasikan penduduk mengenai hak-hak mereka berdasarkan hukum dan peraturan negara.

Berikan informasi dalam bahasa yang dipahami penduduk terdampak. Gunakan berbagai format (misalnya tertulis, grafik atau audio) untuk membuat informasi dapat diakses seluas mungkin. Uji pemahaman pesan dengan kelompok-kelompok beragam, pertimbangkan variasi dalam usia, gender, tingkat pendidikan dan Bahasa Ibu.

Dokumentasi: Penduduk umumnya mempunyai hak-hak, terlepas dari apakah mereka memiliki dokumentasi tertentu atau tidak. Namun tanpa beberapa bentuk dokumentasi, seperti sertifikat kelahiran, sertifikat perkawinan, sertifikat kematian, pasport, sertifikat tanah, atau sertifikat pendidikan, warga dapat menghadapi halangan untuk mengakses hak-hak mereka. Rujuk mereka ke lembaga yang dapat memberikan atau menggantikan dokumen-dokumen ini.

Surat resmi yang dikeluarkan oleh pihak berwenang yang relevan jangan dicampur adukkan dengan surat yang dikeluarkan oleh lembaga-lembaga kemanusiaan, seperti kartu bantuan atau kartu pendaftaran. Dokumen yang dikeluarkan pihak berwenang tidak harus menetapkan siapa yang pantas menerima bantuan dari Lembaga kemanusiaan.

Akses ke bantuan hukum dan sistem peradilan: Warga berhak mencari penyelesaian hukum dan upaya lainnya dari pemerintah dan pihak berwenang lainnya terhadap pelanggaran hak-hak mereka. Ini dapat meliputi kompensasi untuk kehilangan atau penggantian harta benda. Warga juga berhak untuk mengharapkan agar pelaku pelanggaran dibawa ke pengadilan.

Bantu warga yang memilih penyelesaian secara hukum untuk mengakses mekanisme peradilan dengan cara yang aman. Rujukan yang tepat memerlukan suatu pemahaman tentang lembaga-lembaga mana yang dapat memberikan bantuan hukum.

Hindari ajakan ke akses peradilan dalam situasi di mana proses peradilan mungkin menimbulkan hal-hal lebih buruk terhadap korban. Sebagai contoh pemberi layanan kesehatan dan jejaring rujukan kekerasan berbasis gender harus memahami sistem hukum medik nasional dan hukum yang berkaitan dengan kekerasan seksual. Informasikan penyintas mengenai setiap ketentuan wajib lapor yang dapat membatasi kerahasiaan informasi yang diberikan oleh pasien. Ini mungkin memengaruhi keputusan penyintas untuk melanjutkan perawatan atau pelaporan dan hal ini harus dihormati. ⊕ Lihat Standar 2.3.2 Kesehatan Seksual dan Reproduksi.

Selama krisis, komunitas terdampak mungkin dapat menggunakan mekanisme-mekanisme resolusi konflik alternatif atau informal, seperti mediasi tingkat komunitas. Bila ini ada, informasikan kepada penduduk dan jelaskan cara mereka dapat mengakses layanan-layanan.

Akses dan kepemilikan tanah dapat menjadi pertentangan besar. Dorong pihak-pihak berwenang dan komunitas untuk bekerja sama untuk menyelesaikan isu berhubungan dengan akses atau kepemilikan tanah.

Lampiran

Ringkasan Standar Profesional untuk Pekerjaan Perlindungan

Dalam konflik bersenjata dan situasi kekerasan lainnya, perlindungan warga sipil yang mungkin sudah terpapar terhadap bahaya dan penderitaan menjadi kritis. Suatu respons darurat perlindungan yang tepat memerlukan kompetensi profesional dan kepatuhan terhadap standar minimum profesional yang umumnya disepakati yang dapat diterapkan oleh seluruh pelaku perlindungan.

Standar Profesional untuk Pekerjaan Perlindungan dibuat dalam kerangka menciptakan suatu dasar bersama bagi kerja perlindungan di kalangan pelaku kemanusiaan dan hak-hak asasi manusia serta memaksimalkan kerja yang tepat guna bagi warga terdampak. Mereka melengkapi Prinsip-prinsip Perlindungan.

Standar-standar ini mencerminkan pandangan bahwa warga merupakan pusat dari semua tindakan yang dilakukan atas nama mereka. Warga mempunyai suatu peran yang berarti dalam menganalisis, mengembangkan dan memantau respons perlindungan terhadap ancaman-ancaman dan risiko-risiko yang mereka hadapi. Selebihnya dari memperbaiki keamanan fisik warga, upaya perlindungan harus mendorong penghormatan terhadap hak-hak, martabat dan integritas mereka yang berisiko atau mengalami pelanggaran dan pelecehan.

Jenis kegiatan yang dilaksanakan pelaku kemanusiaan beragam sekali dan ini penting untuk semua pelaku dalam hal memadukan perlindungan ke dalam praktik mereka yang selaras dengan Prinsip-Prinsip Perlindungan. Standar Profesional terutama ditujukan untuk melindungi profesional dan organisasi-organisasi yang melaksanakan kerja perlindungan dalam situasi konflik bersenjata dan situasi kekerasan lainnya.

Standar profesional menawarkan organisasi-organisasi suatu dasar yang kokoh sehingga mereka dapat meninjau dan mengembangkan kebijakan internal, pedoman dan bahan-bahan pelatihan. Standar-standar ini menawarkan suatu rujukan praktis bagi praktisi yang merancang dan melaksanakan strategi perlindungan di tingkat lapangan. Mereka juga dapat menjadi suatu sumber inspirasi. Mereka dapat menjadi rujukan berguna dalam membantu pelaku dan pemangku kepentingan lain untuk memahami cara pelaku perlindungan khusus secara aman dalam melaksanakan berbagai kegiatan untuk menguatkan perlindungan orang-perorangan serta komunitas-komunitas.

Standar-standar ini tidak mengatur kerja perlindungan atau membatasi keragaman, namun lebih melengkapi prinsip-prinsip profesional lain dan mendorong pelaku perlindungan untuk memadukan mereka ke dalam praktik-praktik, pedoman dan pelatihan-pelatihan mereka sendiri.

Standar Profesional 2018 diorganisir sebagai berikut:

1. Prinsip-prinsip tertinggi dalam kerja perlindungan.
2. Mengelola strategi-strategi perlindungan.
3. Menggambarkan arsitektur sistem perlindungan.
4. Membangun dasar hukum perlindungan.
5. Mempromosikan prinsip saling melengkapi.



6. Mengelola data dan informasi untuk tujuan perlindungan.
7. Memastikan kapasitas profesional.

Standar meliputi suatu pandangan mengenai dampak teknologi informasi dan komunikasi (*information and communication technology*, ICT) dan berkembangnya suatu tatanan hukum menyangkut perlindungan data, dengan panduan khusus mengenai manajemen perlindungan informasi.

Dialog dan interaksi antara pelaku kemanusiaan dan hak-hak asasi manusia serta operasi perdamaian Perserikatan Bangsa Bangsa dan kekuatan militer serta polisi internasional yang mendapat mandat sering perlu mengamankan hasil perlindungan. Standar Profesional memberikan panduan dalam menegakkan suatu pendekatan berprinsip dalam interaksi ini.

Upaya-upaya nasional, regional dan internasional untuk menangani "ekstrimis kekerasan" melalui peraturan penanganan terorisme juga ditangani dalam Standar Profesional, mengklarifikasikan bagaimana cara peraturan dapat berdampak pada kegiatan-kegiatan pelaku perlindungan.

Unduh Standar Profesional untuk Kerja perlindungan dari Toko Buku Elektronik Komite Internasional Palang Merah: <https://shop.icrc.org/e-books/icrc-activities-ebook.html>

Rujukan dan Bacaan Lebih Lanjut

Perlindungan umum: latar belakang dan perangkat

Minimum Agency Standards for Incorporating Protection into Humanitarian Response – Field Testing Version. Caritas Australia, CARE Australia, Oxfam Australia and World Vision Australia, 2008. <https://drc.ngo>

Policy on Protection in Humanitarian Action. IASC, 2016. www.interagencystandingcommittee.org

Professional Standards for Protection Work Carried Out by Humanitarian and Human Rights Actors in Armed Conflict and Other Situations of Violence. ICRC, 2018. <https://shop.icrc.org>

Aide Memoire: For the Consideration of Issues Pertaining to the Protection of Civilians. OCHA, 2016. https://www.unocha.org/sites/unocha/files/Aide%20Memoire%202016%20II_0.pdf

Enhancing Protection for Civilians in Armed Conflict and Other Situations of Violence. ICRC, 2017. www.icrc.org/eng/resources/documents/publication/p0956.htm

FMR 53: Local communities: first and last providers of protection. University of Oxford and Refugee Studies Centre, 2016. www.fmreview.org/community-protection.html

Giossi Caverzasio, S. Strengthening Protection in War: A Search for Professional Standards. ICRC, 2001. <https://www.icrc.org/en/publication/0783-strengthening-protection-war-search-professional-standards>

Growing the Sheltering Tree – Protecting Rights through Humanitarian Action – Programmes & practices gathered from the field. IASC, 2002. www.globalprotectioncluster.org/_assets/files/tools_and_guidance/IASC_Growing_Sheltering_Tree_2002_EN.pdf

Operational Guidelines on the Protection of Persons in Situations of Natural Disasters. IASC, 2011. www.ohchr.org/Documents/Issues/IDPersons/OperationalGuidelines_IDP.pdf

O'Callaghan, S. Pantuliano, S. Protective Action: Incorporating Civilian Protection into Humanitarian Response. HPG Report 26. ODI, 2007. <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/1640.pdf>

Protection and Accountability to Affected Populations in the HPC (EDG Preliminary Guidance Note). IASC, 2016. www.interagencystandingcommittee.org/system/files/edg_aap_protection_guidance_note_2016.pdf

Protection Mainstreaming Training & Sector-Specific Guidance. Global Protection Cluster. www.globalprotectioncluster.org/en/areas-of-responsibility/protection-mainstreaming

Safety with Dignity: A field manual for integrating community-based protection across humanitarian programs. Action Aid, 2009. www.actionaid.org/sites/files/actionaid/safety_with_dignity_actionaid_2009.pdf

Statement on the Centrality of Protection in Humanitarian Action. IASC, 2013. https://interagencystandingcommittee.org/sites/default/files/centrality_of_protection_in_humanitarian_action_statement_by_iasc_princi.pdf

Slim, H. Bonwick, A. Protection – An ALNAP Guide for Humanitarian Agencies. ALNAP, 2005. www.alnap.org/resource/5263



Strategi dan kapasitas perlindungan diri

Local Perspectives on Protection: Recommendations for a Community-based Approach to Protection in Humanitarian Action. Local to Global Protection, 2015. www.local2global.info/wp-content/uploads/L2GP_pixi_Final_WEB.pdf

Thematic Policy Document no 8 – Humanitarian Protection: improving protection outcomes to reduce risks for people in humanitarian crises, page 24. DG ECHO, EC, 2016. ec.europa.eu/echo/sites/echo-site/files/policy_guidelines_humanitarian_protection_en.pdf

Intervensi berbasis tunai

Guide for Protection in Cash-based Interventions. UNHCR and partners, 2015. www.globalprotectioncluster.org/_assets/files/tools_and_guidance/cash-based-interventions/erc-guide-for-protection-in-cash-based-interventions-web_en.pdf

Kekerasan Berbasis Gender

Guidelines for Integrating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Action: Reducing risk, promoting resilience, and aiding recovery. IASC, 2015. gbvguidelines.org

Building Capacity for Disability Inclusion in Gender-based Violence Programming in Humanitarian Settings: A Toolkit for GBV Practitioners. Women's Refugee Commission & International Rescue Committee, 2015. www.womensrefugeecommission.org/?option=com_zdocs&view=document&id=1173

Ethical and safety recommendations for researching, documenting and monitoring sexual violence in emergencies. WHO, 2007. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43709/9789241595681_eng.pdf;jsessionid=9834DA17763D28859CAD360E-992A223B?sequence=1

Gender-based Violence Against Children and Youth with Disabilities: A Toolkit for Child Protection Actors. Women's Refugee Commission, ChildFund International, 2016. www.womensrefugeecommission.org/populations/disabilities/research-and-resources/1289-youth-disabilities-toolkit

Hak-hak atas Perumahan, Tanah, dan Harta Benda

Principles on Housing and Property Restitution for Refugees and Displaced Persons. OHCHR, 2005. www.unhcr.org

Checklist of Housing, Land and Property Rights and Broader Land Issues Throughout the Displacement Timeline from Emergency to Recovery. Global Protection Cluster, Housing, Land and Property Area of Responsibility, 2009.

Handbook on Housing and Property Restitution for Refugees and Displaced Persons. Implementing the "Pinheiro Principles". Internal Displacement Monitoring Centre, FAO, OCHA, Office of the UN High Commissioner for Human Rights, UN-Habitat and UNHCR, 2007. www.unhcr.org/refworld/docid/4693432c2.html

Land and Natural Disasters: Guidance for Practitioners. UN Human Settlements Programme. UN-Habitat, FAO, Global Land Tool Network and Early Recovery Cluster, 2010. <https://unhabitat.org/books/land-and-natural-disasters-guidance-for-practitioners/>

Warga pengungsi internal

Handbook for the Protection of Internally Displaced Persons. Global Protection Cluster, 2010. www.globalprotectioncluster.org

Addressing Internal Displacement: A Framework for National Responsibility. Brookings Institution – University of Bern Project of Internal Displacement, 2005. <https://www.brookings.edu/research/addressing-internal-displacement-a-framework-for-national-responsibility/>

Bagshaw, S. Paul, D. Protect or Neglect? Toward a More Effective United Nations Approach to the Protection of Internally Displaced Persons. Brookings-SAIS Project on Internal Displacement and UNOCHA, Interagency Internal Displacement Division, 2004. <https://www.brookings.edu/research/protect-or-neglect-toward-a-more-effective-united-nations-approach-to-the-protection-of-internally-displaced-persons/>

Framework on Durable Solutions for Internally Displaced Persons. IASC, 2010. www.brookings.edu/research/iasc-framework-on-durable-solutions-for-internally-displaced-persons/

Implementing the Collaborative Response to Situations of Internal Displacement: Guidance for UN Humanitarian and/or Resident Coordinators and Country Teams. IASC, 2004. www.refworld.org/pdfid/41ee9a074.pdf

UN Guiding Principles on Internal Displacement. UN Economic and Social Council, 1998. www.unhcr.org/protection/idsps/43ce1cff2/guiding-principles-internal-displacement.html



Kesehatan jiwa dan dukungan psikososial

IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. IASC, 2007. <https://interagencystandingcommittee.org>

Community-based Protection and Mental Health & Psychosocial Support. UNHCR, 2017. www.unhcrexchange.org/communities/9159/contents/347734

Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) in Humanitarian Emergencies: What Should Protection Programme Managers Know? IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support, 2010. https://interagencystandingcommittee.org/system/files/legacy_files/MHPSS%20Protection%20Actors.pdf

Aksi ranjau

International Mine Action Standards. www.mineactionstandards.org

Warga lanjut usia dan penyandang disabilitas

Humanitarian Inclusion Standards for Older People and People with Disabilities. Age and Disability Consortium as part of the ADCAP programme. HelpAge, 2018. www.helpage.org

Including Children with Disabilities in Humanitarian Action: Child Protection. UNICEF, 2017. training.unicef.org/disability/emergencies/protection.html

Need to Know Guidance: Working with Persons with Disabilities in Forced Displacement. UNHCR, 2011. www.unhcr.org/4ec3c81c9.pdf

Washington Group on Disability Statistics. 2018. www.washingtongroup-disability.com

Humanitarian Action and Older Persons: An essential brief for humanitarian actors. WHO, HelpAge International, IASC, 2008. www.globalprotectioncluster.org/_assets/files/tools_and_guidance/IASC_HumanitarianAction_OlderPersons_EN.pdf

HIV

Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations. Update. WHO, 2016. www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations-2016/en/

Implementing Comprehensive HIV and STI Programmes with Transgender People: Practical guidance for collaborative interventions. UNDP, 2016. www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/implementing-comprehensive-hiv-and-sti-programmes-with-transgend.html

Implementing Comprehensive HIV and HCV Programmes with People Who Inject Drugs: Practical guidance for collaborative interventions. UNODC, 2017. www.unodc.org/unodc/en/hiv-aids/new/practical-guidance-for-collaborative-interventions.html

Implementing Comprehensive HIV/STI Programmes with Sex Workers: Practical approaches from collaborative interventions. WHO, 2013. www.who.int/hiv/pub/sti/sex_worker_implementation/en/

Implementing Comprehensive HIV/STI Programmes with Men Who Have Sex with Men: Practical guidance for collaborative interventions. UNFPA, 2015. www.who.int/hiv/pub/toolkits/msm-implementation-tool/en/

Joint United Nations Statement on ending discrimination in health care settings. WHO, 2017. www.who.int/mediacentre/news/statements/2017/discrimination-in-health-care/en/

Anak dan perlindungan anak

INEE Minimum Standards for Education: Preparedness, ResponResponse, Recovery. INEE, 2010. www.ineesite.org/en/minimum-standards

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action: Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, 2012. <http://cpwg.net>

Handbook for Professionals and Policymakers on Justice in matters involving child victims and witnesses of crime. UNODC, 2009. https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/hb_justice_in_matters_professionals.pdf

Integrated Disarmament, Demobilization, and Reintegration Standards. UN-DDR, 2006. www.unddr.org/iddrs.aspx

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

INSPIRE: Seven Strategies for Ending Violence against Children. WHO, 2016. www.who.int/violence_injury_prevention/violence/inspire/en/

Paris Principles and Commitments to Protect Children from Unlawful Recruitment or Use by Armed Forces or Groups. UNICEF, 2007. https://www.unicef.org/protection/57929_58012.html

Responding to the Worst Forms of Child Labour in Emergencies. CPWG, 2010. http://cpwg.net/wp-content/uploads/sites/2/2014/12/Review_Responding_to_WFCL_in_Emergencies_final.pdf

Warga LGBTQI dan orientasi seksual beragam, identitas dan ekspresi gender dan karakteristik seksual

Joint UN Statement on ending violence and discrimination against lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex (LGBTI) people. OHCHR, 2015. www.ohchr.org/EN/Issues/Discrimination/Pages/JointLGBTIstatement.aspx

Mean Streets: Identifying and Responding to Urban Refugees' Risks of Gender-Based Violence – LGBTI Refugees. Women's Refugee Commission, 2016. <https://www.womensrefugeecommission.org/gbv/resources/document/download/1284>

Training Package on the Protection of LGBTI Persons in Forced Displacement. UNHCR, 2015. www.unhcrexchange.org/old/topics/15810/contents

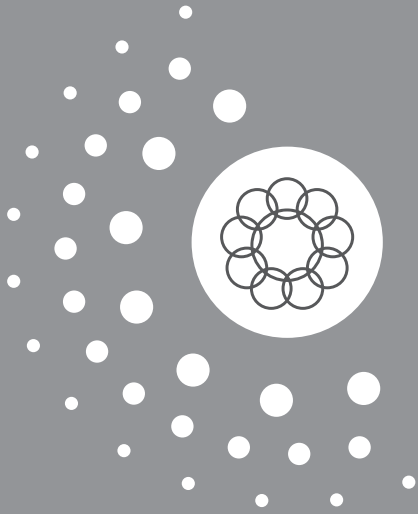
The Yogyakarta Principles: Principles on the Application of International Human Rights Law in Relation to Sexual Orientation and Gender Identity. International Commission of Jurists, 2007. www.yogyakartaprinciples.org

Working with Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender & Intersex Persons in Forced Displacement. UNHCR, 2011. www.refworld.org/pdfid/4e6073972.pdf



Bacaan lebih lanjut

Untuk bacaan lebih lanjut silahkan lihat di www.spherestandards.org/handbook/online-resources



Standar Kemanusiaan Inti

Piagam Kemanusiaan dan Prinsip-prinsip Perlindungan secara langsung mendukung Standar Kemanusiaan Inti. Bersama-sama, ketiga bab ini merupakan prinsip-prinsip dan dasar standar-standar Sphere



LAMPIRAN: Pertanyaan-pertanyaan panduan untuk memantau tindakan-tindakan kunci dan tanggungjawab organisasi

Daftar Isi

Satu Standar Kemanusiaan Inti dengan Sembilan Komitmen	56
Komitmen 1	58
Komitmen 2	60
Komitmen 3	63
Komitmen 4	66
Komitmen 5	70
Komitmen 6	73
Komitmen 7	76
Komitmen 8	79
Komitmen 9	83
Lampiran: Pertanyaan-pertanyaan panduan untuk memantau tindakan-tindakan kunci dan tanggung jawab organisasi (online)	87
Rujukan dan Bacaan Lebih Lanjut.....	94



Satu Standar Kemanusiaan Inti dengan Sembilan Komitmen

Banyak organisasi dan perorangan biasanya terlibat dalam suatu respons kemanusiaan. Oleh sebab itu, beberapa elemen dan cara kerja umum berguna untuk mendorong suatu respons yang tepat guna. Tanpa suatu pendekatan umum, hasilnya mungkin tidak konsisten dan tidak dapat diprediksi.

Standar Kemanusiaan Inti tentang Mutu dan Akuntabilitas (*The Core Humanitarian Standard on Quality and Accountability, CHS*) menetapkan sembilan komitmen yang dapat digunakan organisasi dan perorangan yang terlibat dalam respons kemanusiaan untuk meningkatkan mutu dan ketepatan bantuan yang mereka berikan. CHS juga meningkatkan akuntabilitas lebih besar terhadap komunitas dan warga terdampak bencana, staf, donor, pemerintah dan pemangku kepentingan yang lain. Mereka mengetahui bentuk komitmen organisasi kemanusiaan yang akan memungkinkan komunitas dan warga untuk meminta pertanggungjawaban organisasi-organisasi itu. Ini merupakan suatu kerangka kerja sukarela untuk perorangan dan organisasi.

CHS berlaku baik untuk respons dan program di semua fase respons. Namun, Sembilan komitmen tidak ditujukan untuk dihubungkan dengan fase tertentu dari siklus program. Beberapa lebih relevan dengan suatu fase tertentu dalam siklus, sementara yang lain, seperti komunikasi dengan warga terdampak, ditujukan untuk diterapkan di semua fase.

Standar Kemanusiaan Inti bersama Piagam Kemanusiaan dan Prinsip-prinsip Perlindungan membentuk suatu dasar kuat di dalam buku Sphere dan mendukung semua standar-standar teknis. Sepanjang buku Sphere ada lintas rujukan antara bab-bab teknis dan dasar-dasar ini.

Informasi lebih rinci mengenai Standar Kemanusiaan Inti, termasuk sumber-sumber untuk membantu pengguna menerapkannya dalam praktik dapat ditemukan di corehumanitarianstandard.org.

Suatu struktur unik

Standar Kemanusiaan Inti dikembangkan melalui upaya Bersama oleh sektor kemanusiaan untuk menyelaraskan standar-standar Kemanusiaan Inti dari Sphere, *the Humanitarian Accountability Partnership (HAP)*, *People in Aid*, dan *Groupe URD* ke dalam suatu kerja tunggal. Sekarang ini dikelola atas nama sektor oleh Sphere, *The CHS Alliance* dan *Groupe URD*, yang bersama-sama memegang hak cipta.

Masing-masing dari sembilan komitmen berkonsentrasi pada suatu aspek khusus dari respons. Secara bersama-sama, mereka membentuk suatu pendekatan yang kokoh untuk aksi kemanusiaan yang tepat guna dan akuntabel.

Struktur Standar Kemanusiaan Inti berbeda sedikit dari standar-standar Sphere lainnya:

- **Komitmen** menyatakan apa saja yang dapat diharapkan oleh komunitas dan terdampak krisis dari organisasi dan perorangan yang menyampaikan bantuan kemanusiaan .

- **Kriteria mutu** menjelaskan suatu situasi ketika komitmen sudah terpenuhi dan bagaimana organisasi-organisasi kemanusiaan dan staf harus bekerja untuk memenuhi komitmen tersebut.
- **Indikator kinerja** mengukur kemajuan dalam pemenuhan Komitmen, mendorong pembelajaran dan perbaikan dan memungkinkan perbandingan lintas waktu dan tempat.
- **Tindakan-tindakan kunci** dan **tanggung jawab organisasi** menjelaskan apa yang harus disampaikan oleh staf, kebijakan, proses dan sistem yang perlu dimiliki oleh organisasi guna memastikan staf mereka memberikan bantuan kemanusiaan yang bermutu tinggi dan akuntabel.
- **Catatan-catatan panduan** mendukung tindakan-tindakan kunci dan tanggung jawab organisasi dengan contoh-contoh dan informasi tambahan.
- **Pertanyaan-pertanyaan panduan** mendukung perencanaan, evaluasi dan tinjauan kegiatan-kegiatan. ⊕ Lihat Lampiran 1 (tersedia daring).
- **Rujukan** memberikan tambahan pembelajaran pada isu khusus.

Bagan di bawah ini menunjukkan bagaimana Standar Kemanusiaan Inti dapat digunakan pada berbagai tingkat. Sphere, Groupe URD dan CHS Alliance mengusulkan perangkat pelengkap yang dapat ditemukan di corehumanitarianstandard.org.



Gambar 3 Menggunakan Standar Kemanusiaan Inti

Komitmen 1

Komunitas dan warga terdampak krisis menerima bantuan yang sesuai dengan kebutuhannya.

Kriteria mutu

Bantuan kemanusiaan tepat dan relevan.

Indikator-indikator kinerja

1. Komunitas dan warga terdampak krisis memandang bahwa respons memperhitungkan kebutuhan-kebutuhan khusus, budaya dan pilihan-pilihan mereka.
2. Bantuan dan perlindungan diberikan sesuai dengan risiko-risiko, kerentanan-kerentanan dan kebutuhan-kebutuhan yang telah dikaji.
3. Respons memperhitungkan kapasitas- kapasitas, keterampilan, dan pengetahuan orang-orang yang memerlukan bantuan dan perlindungan.

Tindakan-tindakan kunci

1.1 Melakukan analisis yang sistematis, obyektif dan terus menerus terhadap konteks dan pemangku kepentingan.

- Menilai peran dan kapasitas pemerintah daerah dan pelaku politik dan non-politik lain, juga dampak krisis terhadap mereka.
- Menilai kapasitas setempat yang ada (bahan, manusia, pasar) untuk memenuhi bantuan prioritas dan kebutuhan perlindungan, memahami bahwa ini akan berubah sesuai waktu.
- Memeriksa silang dan verifikasi informasi dengan mengakui bahwa data pengkajian pada awalnya tidak sempurna, namun tidak boleh menghalangi aksi-aksi penyelamatan jiwa.
- Mengkaji keselamatan dan keamanan penduduk terdampak, komunitas pengungsi dan tuan rumah untuk menemukan ancaman-ancaman kekerasan dan bentuk-bentuk paksaan lain, penyangkalan pemenuhan kebutuhan penghidupan atau penyangkalan hak-hak asasi dasar manusia.
- Mengkaji dinamika terkait gender dan kekuasaan, juga peminggiran sosial untuk menentukan suatu respons yang tepat guna dan berkelanjutan.
- Berkoordinasi dengan pihak-pihak lain untuk tidak membebani komunitas dengan pengkajian yang berulang-ulang. Temuan kajian dan analisis harus dibagikan kepada lembaga-lembaga yang berkepentingan, pemerintah dan penduduk terdampak.

1.2 Merancang dan melaksanakan program yang tepat berdasarkan kajian imparisial terhadap kebutuhan-kebutuhan dan risiko-risiko, serta pemahaman tentang kerentanan-kerentanan dan kapasitas berbagai kelompok.

- Mengkaji kebutuhan perlindungan dan kebutuhan perempuan, laki-laki, anak-anak dan remaja, yang lokasinya sulit dijangkau dan kelompok-kelompok berisiko seperti penyandang disabilitas, orang-orang lanjut usia, orang-orang yang secara sosial dikucilkan, rumah tangga yang dikepalai perempuan, minoritas kesukuan atau bahasa dan kelompok-kelompok terstigma (misalnya warga hidup dengan HIV).

1.3 Menyesuaikan program menurut perubahan kebutuhan, kapasitas dan konteks.

- Memantau situasi politik dan mengadaptasi analisis pemangku kepentingan dan keamanan.
- Memantau data epidemiologis dan data lainnya secara teratur untuk mengarahkan pengambilan keputusan yang sedang berlangsung dan memprioritaskan intervensi penyelamatan jiwa.
- Tetap cukup luwes untuk merancang ulang setiap intervensi dalam rangka merespons berubahnya kebutuhan. Mengkonfirmasi agar donor setuju dengan perubahan program bila diperlukan.

Tanggung jawab organisasi

1.4) Kebijakan untuk memberikan bantuan yang imparisial berdasarkan kebutuhan dan kapasitas komunitas dan penduduk terdampak krisis.

- Organisasi menerapkan kebijakan, proses dan sistem yang mendukung suatu komitmen terhadap prinsip-prinsip kemanusiaan dan inklusifitas.
- Semua staf memahami tanggung jawabnya dan bagaimana mereka terikat akuntabilitas.
- Organisasi membagikan kebijakan-kebijakan ini secara terbuka kepada pemangku kepentingan lainnya.

1.5) Kebijakan-kebijakan menetapkan komitmen untuk memperhitungkan keragaman komunitas-komunitas, termasuk orang-orang yang tidak beruntung atau dipinggirkan, dan untuk mengumpulkan data terpilah.

- Persyaratan tingkat pemilahan data untuk pengkajian dan pelaporan dinyatakan secara jelas .

1.6) Terdapat proses-proses untuk memastikan analisis terus menerus yang tepat menyangkut konteks.

- Pekerja kemanusiaan mempunyai dukungan manajemen untuk mendapatkan pengetahuan, ketrampilan, perilaku dan sikap-sikap yang diperlukan untuk mengelola dan melaksanakan pengkajian.



Catatan-catatan panduan

Pengkajian dan analisis adalah suatu proses, bukan suatu kejadian sekali saja. Bila waktu memungkinkan, analisis mendalam harus dilakukan. Kapasitas dan kebutuhan warga dan komunitas terdampak harus tidak diasumsikan, namun ditemukanali melalui pengkajian yang melibatkan mereka dalam suatu diskusi yang terus menerus untuk menemukan respons yang tepat.

Pertimbangkan pemberian pelatihan dasar dalam pertolongan pertama psikologis kepada staf yang terlibat dalam pengkajian. Ini akan membantu staf dalam mengelola warga yang menunjukkan gejala distress selama dilaksanakan suatu pengkajian.

Pastikan pengkajian khusus untuk kelompok yang berpotensi menghadapi risiko-risiko perlindungan. Pengkajian-pengkajian khusus dengan perempuan, laki-laki, anak-anak laki-laki dan anak-anak perempuan, sebagai contoh, untuk memahami paparan mereka terhadap kekerasan, diskriminasi dan hal-hal membahayakan lainnya.

Penilaian imparisial: bertindak imparisial (tidak memihak) tidak berarti sama dengan memperlakukan semua orang secara samarata. Pemberian bantuan berbasis hak-hak mensyaratkan suatu pemahaman perbedaan kapasitas, kebutuhan-kebutuhan dan

kerentanan-kerentanan. Warga mungkin rentan karena diskriminasi berdasarkan faktor perorangan seperti usia, jenis kelamin, disabilitas, status kesehatan, orientasi seksual atau identitas gender, atau karena mereka merawat warga rentan yang lain.

Kerentanan: Faktor-faktor sosial dan kontekstual juga berkontribusi terhadap kerentanan penduduk. Ini meliputi diskriminasi dan peminggiran, isolasi sosial, kerusakan lingkungan, keragaman cuaca, kemiskinan, ketiadaan tanah, tata kelola pemerintahan yang buruk, kesukuan, kelas, kasta, keagamaan dan afiliasi politik.

Kapasitas yang ada: Penduduk, komunitas, organisasi dan pihak berwenang yang terdampak krisis sudah memiliki keterampilan, pengetahuan dan kapasitas yang relevan untuk mengatasi, merespons dan pulih dari krisis. Untuk menegakkan hak atas hidup bermartabat, secara aktif melibatkan penduduk terdampak dalam keputusan-keputusan yang berdampak kepada mereka. Upaya-upaya yang ber sasaran mungkin perlu dilakukan untuk menguatkan keterlibatan kelompok-kelompok yang biasanya kurang terwakili, seperti perempuan, orang lanjut usia, penyandang disabilitas, dan minoritas bahasa atau etnis kesukuan.

Pemilahan data: Ini penting untuk memahami dampak tindakan atau peristiwa terhadap kelompok-kelompok yang berbeda. Setidak-tidaknya, praktik baik menyarankan pemilahan berdasarkan jenis kelamin, usia dan disabilitas. Faktor-faktor lain dapat ditambahkan berdasarkan konteks.

Analisis data yang terpilah diperlukan untuk menggunakan standar dalam konteks dan untuk pemantauan. Penggunaan data terpilah secara baik dapat memperlihatkan siapa yang paling terdampak, siapa yang mampu mengakses bantuan dan di mana lebih banyak yang perlu dilakukan untuk menjangkau suatu penduduk berisiko. ⊕ Lihat "Apa itu Sphere?"

Analisis berlangsung dan penggunaan data yang tepat guna: Sistem sumber daya manusia harus cukup fleksibel untuk merekrut dan menyebarkan tim pengkajian secara cepat. Alokasikan anggaran program dan sumber-sumber sesuai kebutuhan. Pendanaan harus mendukung analisis berkelanjutan dari kebutuhan bantuan dan perlindungan serta adaptasi dan perbaikan program, termasuk upaya untuk melancarkan akses (seperti mekanisme penjangkauan, akses suatu fasilitas, dan komunikasi).

Komitmen 2

Komunitas dan penduduk terdampak krisis mempunyai akses terhadap bantuan kemanusiaan yang mereka perlukan pada waktu yang tepat.

Kriteria mutu

Respons kemanusiaan yang efektif dan tepat waktu.

Indikator-indikator kinerja

1. Komunitas dan warga terdampak krisis, termasuk kelompok yang paling rentan, memandang bahwa bantuan dan perlindungan mereka diterima pada waktu yang memadai.
2. Komunitas dan warga terdampak krisis memandang bahwa respons memperhitungkan kebutuhan-kebutuhan khusus, budaya dan pilihan-pilihan mereka.
3. Laporan pemantauan dan evaluasi menunjukkan bahwa respons kemanusiaan memenuhi tujuannya dalam hal waktu, mutu dan jumlah.

Tindakan-tindakan kunci

2.1 Merancang program yang mengatasi hambatan-hambatan sehingga tindakan yang diusulkan realistis dan aman untuk komunitas.

- Secara jelas mengidentifikasi dan menyatakan setiap keterbatasan ketika tidak mungkin mengkaji dan memenuhi kebutuhan di suatu wilayah atau kelompok penduduk tertentu, termasuk tempat yang sulit dijangkau.
- Memprioritaskan dukungan sesuai kapasitas respons setempat terlebih dulu di mana rencana kontingensi memperlihatkan wilayah atau penduduk yang rentan dan mungkin terbukti sulit untuk diakses di masa depan.

2.2 Menyampaikan bantuan kemanusiaan secara tepat waktu, membuat keputusan dan bertindak tanpa penundaan yang tidak perlu.

- Mewaspada kondisi kehidupan, praktik-praktik budaya, musim, kalender pertanian dan faktor-faktor lain yang memengaruhi layanan yang tepat pada waktu yang tepat.
- Memasukkan kerangka waktu untuk penyampaian dan sistem pemantauan dalam rencana program; mengantisipasi dan menandai penundaan.
- Mengakui bahwa keputusan yang dibuat berdasarkan pengetahuan yang tidak sempurna pada tahap awal dari suatu krisis akut dan memperbaiki keputusan bila informasi tersedia.
- Berkoordinasi dengan yang lain untuk mengembangkan strategi bersama menangani isu-isu bersama yang menghalangi bantuan tepat waktu.

2.3 Merujuk kebutuhan yang tidak terpenuhi kepada organisasi yang mempunyai kepakaran dan mandat teknis yang sesuai, atau mengadvokasi perlunya menangani kebutuhan-kebutuhan itu.

- Ini meliputi kebutuhan-kebutuhan informasi yang tidak terpenuhi juga kebutuhan perlindungan dan bantuan.

2.4 Menggunakan standar teknis yang relevan dan praktik baik yang diterapkan di seluruh sektor kemanusiaan untuk merencanakan dan mengkaji program.

- Menerapkan standar teknis nasional, bila ada, diadaptasi ke dalam situasi kemanusiaan.
- Berkoordinasi dengan pemangku kepentingan yang relevan untuk mengadvokasikan penggunaan standar global yang disepakati untuk melengkapi standar nasional (termasuk Sphere dan standar-standar mitra dalam sektor terkait)

2.5 Memantau kegiatan, keluaran (output) dan hasil (outcome) respons kemanusiaan dalam rangka menyesuaikan program dan menangani kinerja yang buruk.

- Menetapkan indikator kinerja terikat waktu dan konteks spesifik. Tinjau secara teratur untuk mengukur kemajuan dalam memenuhi kebutuhan bantuan dan perlindungan.
- Sertakan kemajuan terhadap tujuan dan indikator kinerja, sebagai tambahan terhadap kegiatan-kegiatan dan hasil (seperti jumlah fasilitas terbangun). Memantau hasil proyek dan hasil yang ingin dicapai seperti penggunaan fasilitas atau perubahan dalam praktik.
- Tinjau sistem secara teratur sehingga hanya informasi yang berguna yang dikumpulkan dengan informasi kontekstual yang termutakhirkan (seperti fungsi pasar setempat, perubahan keamanan).



Tanggung jawab organisasi

2.6 Komitmen program sejalan dengan kemampuan organisasi.

- Kebijakan mencerminkan pentingnya menggunakan standar teknis kemanusiaan yang disepakati dan mengembangkan kepakaran dalam wilayah intervensi yang dipilih.
- Mengakui kondisi organisasi-organisasi mungkin perlu memberikan layanan di luar wilayah kepakaran sampai ada orang lain yang dapat melakukannya.

2.7 Komitmen kebijakan memastikan:

- a. Pemantauan terus menerus dan evaluasi yang sistematis, obyektif mengenai kegiatan dan akibat-akibatnya;
- b. Bukti dari pemantauan dan evaluasi digunakan untuk menyesuaikan dan memperbaiki program; dan
- c. Pengambilan keputusan pada waktu yang tepat dengan mengalokasikan sumber-sumber yang sesuai.

Catatan-catatan panduan

Mengatasi hambatan dan pemrograman yang realistik: Bila suatu organisasi tidak dapat mengakses suatu penduduk atau tidak dapat memenuhi kebutuhan yang sudah diidentifikasi, organisasi yang bersangkutan memiliki suatu tanggung jawab merujuk kebutuhan-kebutuhan ini kepada pelaku-pelaku yang tepat (termasuk pelaku pemerintah, non-pemerintah). ⊕ Lihat Prinsip-prinsip Perlindungan 3.

Gunakan prakiraan dan sistem peringatan dini untuk rencana kontingensi sebelum suatu krisis untuk membantu komunitas, pihak berwenang dan lembaga-lembaga menanggapi secara cepat bila diperlukan. Ini juga memungkinkan warga terdampak melindungi harta benda mereka sebelum kehidupan dan mata pencaharian mereka terpapar risiko.

Kembangkan proses pengambilan keputusan yang cukup fleksibel untuk menanggapi informasi baru dari pengkajian yang sedang berlangsung. Dalam suatu organisasi, delegasikan keputusan-keputusan dan sumber-sumber sedekat mungkin dengan tempat pelaksanaan bila memungkinkan.

Catat keputusan dan proses pengambilan keputusan untuk menunjukkan keterbukaan. Dasarkan proses kepada konsultasi, keterlibatan bermakna dan koordinasi dengan pihak lain. ⊕ Lihat Komitmen 6.

Pemantauan kegiatan, keluaran dan hasil: Pemantauan memandu perubahan pada proyek, verifikasi penerapan kriteria seleksi dan menegaskan apakah bantuan menjangkau orang-orang yang paling membutuhkan. Catat setiap perubahan program sebagai hasil dari pemantauan dan buat sistem pemantauan yang melibatkan dan mengandalkan warga terdampak dan pemangku kepentingan kunci. ⊕ Lihat Komitmen 7.

Gunakan indikator pemantauan yang digunakan secara luas bila tersedia.

Pengambilan keputusan organisasi: Baik tanggung jawab dan proses untuk pengambilan keputusan di dalam organisasi harus secara jelas didefinisikan dan dipahami, termasuk siapa penanggungjawab, siapa yang akan dikonsultasikan dan jenis informasi yang diperlukan untuk mendasari pengambilan keputusan.

Kebijakan, proses dan sistem organisasi: Organisasi harus mencatat bagaimana aksi kemanusiaan memperbaiki hasil, menggunakan pemantauan dan evaluasi yang

sistematis dan ketat. Tunjukkan bagaimana data dari pemantauan dan evaluasi digunakan untuk mengubah program, kebijakan dan strategi, menguatkan kesiapsiagaan dan meningkatkan kinerja secara tepat waktu. ⊕ Lihat Komitmen7. Ini mungkin termasuk dana respons darurat atau merekrut atau mengerahkan staf yang memenuhi syarat secara cepat bila diperlukan.

Komitmen 3

Komunitas dan warga terdampak krisis tidak mendapat akibat buruk dan lebih siap, tangguh dan semakin kurang berisiko sebagai hasil aksi kemanusiaan

Kriteria mutu

Respons kemanusiaan menguatkan kemampuan lokal dan menghindari akibat buruk.

Indikator-indikator kinerja

1. Komunitas dan penduduk terdampak krisis memandang diri mereka lebih mampu menghadapi guncangan dan tekanan di masa depan, sebagai suatu hasil tindakan kemanusiaan.
2. Pihak berwenang setempat, pemimpin dan organisasi-organisasi yang bertanggung jawab untuk merespons krisis memandang bahwa kapasitas mereka telah meningkat.
3. Komunitas dan penduduk terdampak krisis, termasuk orang-orang rentan dan terpinggirkan, tidak teridentifikasi dampak buruk dari tindakan kemanusiaan.

Tindakan-tindakan kunci

- 3.1** Memastikan program dibangun berdasarkan kapasitas setempat dan bekerja untuk meningkatkan ketangguhan komunitas dan penduduk terdampak krisis.
- Merancang layanan (sebagai contoh, manajemen kekeringan dan banjir, badai atau struktur tahan gempa) yang mengurangi dampak ancaman-ancaman.
 - Mendukung inisiatif menolong swadaya dan tindakan kesiapsiagaan komunitas.
- 3.2** Menggunakan setiap hasil pengkajian ancaman dan risiko serta rencana kesiapsiagaan komunitas yang sudah ada untuk memandu kegiatan-kegiatan.
- Memahami dan menangani kebutuhan-kebutuhan dan kapasitas-kapasitas berbagai kelompok yang terpapar pada tingkat risiko yang berbeda-beda.
- 3.3** Memampukan pengembangan kepemimpinan dan organisasi setempat menyangkut kapasitas mereka sebagai perespons pertama pada krisis masa mendatang, mengambil langkah untuk memastikan agar kelompok-kelompok terpinggirkan dan kurang diuntungkan terwakili secara tepat.
- Bekerja dengan pihak berwenang di tingkat kota dan pemerintah daerah sebanyak mungkin.
 - Mengadvokasikan agar pihak setempat diperlakukan sebagai mitra setara dengan kewenangan untuk merancang dan/atau memimpin suatu respons.
 - Mendukung inisiatif kelompok-kelompok dan organisasi-organisasi setempat se-



bagai wadah untuk pembelajaran pengembangan kapasitas serta menguatkan respons awal dalam krisis masa mendatang.

- Mempekerjakan staf setempat dan nasional, mempertimbangkan keragaman di antara penduduk. Hal ini untuk menggantikan staf berkebangsaan asing bila mungkin.
- 3.4 Merencanakan sebuah strategi transisi atau exit sejak tahap awal program kemanusiaan untuk memastikan akibat jangka panjang yang positif dan mengurangi risiko ketergantungan.**
- Memberikan dukungan untuk menguatkan sistem negara dan komunitas yang ada, daripada membuat upaya-upaya sejajar yang tidak akan bertahan lama dari durasi respons.

3.5 Merancang dan melaksanakan program yang mempromosikan pemulihan awal dan menguntungkan ekonomi setempat.

- Mengambil Langkah untuk memulihkan layanan sosial, pendidikan, pasar, mekanisme transfer dan peluang-peluang mata pencaharian yang melayani kebutuhan kelompok-kelompok rentan.
- Sepenuhnya mempertimbangkan kondisi pasar saat menganalisa bentuk bantuan (tunai, kupon, atau barang) yang memberi dampak positif yang besar.
- Membeli barang dan layanan secara lokal sejauh memungkinkan.
- Memitigasi akibat buruk pada pasar sejauh mungkin.

3.6 Mengidentifikasi dan bertindak berdasarkan akibat buruk potensial atau aktual yang tidak disengaja secara tepat waktu dan sistematis, termasuk dalam bidang:

- a. Keselamatan, keamanan, martabat dan hak-hak penduduk;
- b. Eksploitasi dan pelecehan seksual oleh staf;
- c. Budaya, gender, dan relasi sosial dan politik;
- d. Mata pencarian;
- e. Ekonomi lokal; dan
- f. Lingkungan.

Tanggung jawab organisasi

3.7 Kebijakan, strategi dan panduan dirancang untuk:

- a. Mencegah akibat buruk program, contohnya, eksploitasi, penyalahgunaan atau diskriminasi oleh staf terhadap komunitas dan penduduk terdampak krisis; dan
- b. Menguatkan kapasitas lokal.

3.8 Sistem-sistem yang ada digunakan untuk mengamankan setiap informasi perorangan yang dikumpulkan dari komunitas dan warga terdampak krisis yang dapat membahayakan mereka.

- Membuat kebijakan yang jelas dan komprehensif mengenai perlindungan data, termasuk sistem pendaftaran dan sistem distribusi elektronik.
- Menginformasikan penerima bantuan mengenai hak-hak mereka terkait dengan perlindungan data, bagaimana mereka dapat mengakses informasi pribadi yang disimpan suatu organisasi tentang mereka dan cara menyampaikan keluhan yang mereka miliki mengenai penyalahgunaan informasi.

Catatan-catatan panduan

Ketangguhan komunitas dan kepemimpinan lokal: Komunitas, organisasi dan pihak berwenang setempat adalah pihak pertama yang bertindak dalam suatu krisis dan memiliki pengetahuan mendalam mengenai situasi serta kebutuhan-kebutuhan khusus. Pelaku-pelaku setempat ini harus menjadi mitra setara dan diberikan kewenangan dalam merancang atau memimpin suatu respons. Hal ini membutuhkan sebuah komitmen lembaga-lembaga internasional dan lokal untuk menyesuaikan cara kerja mereka dan ikut serta dalam dialog terbuka serta kritik yang konstruktif. Prasarana/layanan keuangan setempat harus digunakan bila mungkin, daripada menciptakan sistem baru yang berjalan sejajar.

Strategi transisi dan exit: Bekerjasama dengan pihak berwenang dan penduduk terdampak, rancanglah layanan-layanan sesegera mungkin yang akan berlanjut setelah program darurat selesai (sebagai contoh, mengenakan upaya pemulihan biaya, penggunaan bahan-bahan setempat yang ada atau menguatkan kapasitas manajemen setempat).

Akibat negatif dan “do no harm”: Mahalnya sumber daya bantuan dan kuatnya posisi pekerja kemanusiaan dapat mengarah ke eksploitasi dan penyalahgunaan, kompetisi, konflik, dan penyalahgunaan atau penyelewengan bantuan. Bantuan dapat merusak mata pencarian dan sistem pasar, memicu sumber konflik dan melebarkan hubungan kekuasaan yang tidak setara di antara kelompok yang berbeda-beda. Antisipasi akibat buruk potensial ini, pantau dan ambil langkah untuk mencegahnya bila memungkinkan.

Waspada! praktik-praktik budaya yang mempunyai akibat buruk terhadap beberapa kelompok. Sebagai contoh termasuk penentuan sasaran yang bias terhadap anak-anak perempuan dan anak-anak laki-laki-laki atau kasta-kasta tertentu; peluang pendidikan yang tidak setara terhadap anak perempuan; penolakan imunisasi; dan bentuk-bentuk lain diskriminasi atau pelayanan istimewa.

Mekanisme umpan balik dan pengaduan yang aman serta responsif dapat mengurangi penyalahgunaan dan penyelewengan. Staf harus menyambut baik dan meminta saran serta menerima keluhan-keluhan. Staf harus dilatih bagaimana menjaga kerahasiaan dan merujuk informasi sensitif, seperti penyingkapan eksploitasi dan penyalahgunaan.

Eksplorasi seksual dan pelecehan oleh staf: Semua staf mempunyai tanggung jawab bersama untuk mencegah eksploitasi dan pelecehan. Anggota staf memiliki suatu tanggung jawab untuk melaporkan setiap pelecehan yang mereka duga atau saksikan, entah dalam organisasinya sendiri atau di luar. Perhatikan bahwa anak-anak (anak perempuan khususnya) seringkali sangat rentan dan kebijakan harus secara eksplisit melindungi anak-anak dari eksploitasi dan pelecehan. ⊕ Lihat Komitmen 5.

Masalah lingkungan: Respons kemanusiaan dapat menyebabkan kerusakan lingkungan (sebagai contoh, erosi tanah, menurunnya atau pencemaran air tanah, penangkapan ikan berlebihan, produksi limbah dan penggundulan hutan). Kerusakan lingkungan dapat meningkatkan krisis atau tingkat kerentanan dan mengurangi ketangguhan warga terhadap goncangan.

Cara-cara untuk mengurangi kerusakan lingkungan termasuk penghutanan kembali, pemanenan air hujan, penggunaan tepat guna sumber-sumber dan kebijakan serta praktik penyediaan etis. Kegiatan-kegiatan konstruksi besar-besaran hanya boleh dilakukan setelah adanya kajian lingkungan. ⊕ Lihat Komitmen 9.



Kebijakan organisasi untuk mencegah akibat buruk dan menguatkan kapasitas lokal: Organisasi-organisasi didorong untuk memiliki suatu kebijakan dan sistem manajemen risiko yang terdokumentasi secara jelas. Organisasi Non-Pemerintah (NGO/ORNOP/LSM) yang gagal menangani secara sistematis perilaku tidak etis atau korupsi melalui kebijakan dan prosedur anti-suap mereka sendiri, dan melalui aksi bersama dengan NGO lain, meningkatkan risiko korupsi untuk pelaku-pelaku lain.

Kebijakan-kebijakan dan prosedur-prosedur harus mencerminkan suatu komitmen untuk melindungi orang-orang yang rentan dan menguraikan cara-cara untuk mencegah dan menyelidiki penyalahgunaan kekuasaan. Praktik perekrutan, penyaringan dan rekrutmen yang cermat dapat membantu mengurangi risiko-risiko perilaku staf yang salah, dan kode etik harus menjelaskan jenis-jenis praktik yang dilarang. Staf harus secara formal menyetujui untuk mematuhi kode etik ini dan diberitahu tentang sanksi yang akan mereka hadapi apabila mereka gagal melakukannya. ⊕ Lihat Komitmen 8

Pengamanan informasi pribadi: Semua informasi pribadi yang dikumpulkan dari orang-perorangan dan komunitas harus diperlakukan sebagai informasi rahasia. Terutama dalam penanganan data terkait perlindungan, pelaporan pelanggaran, keluhan pelecehan atau eksploitasi, dan kekerasan berbasis gender. Sistem yang memastikan kerahasiaan penting untuk mencegah hal berbahaya lebih lanjut. ⊕ Lihat Prinsip-prinsip Perlindungan dan Komitmen 5 dan 7.

Peningkatan penggunaan sistem pendaftaran dan distribusi elektronik dalam respons kemanusiaan menyoroti kebutuhan kebijakan yang jelas dan lengkap mengenai perlindungan data. Persetujuan yang mewajibkan pihak ketiga, seperti bank dan organisasi komersial untuk mengamankan informasi menjadi penting. Panduan yang jelas mengenai pengumpulan, penyimpanan, penggunaan dan pembuangan data yang sesuai dengan standar internasional dan hukum perlindungan data setempat menjadi penting. Data harus dihancurkan bila tidak lagi diperlukan.

Komitmen 4

Komunitas dan penduduk terdampak krisis mengetahui hak dan yang menjadi haknya, memiliki akses terhadap informasi dan terlibat dalam pengambilan keputusan yang berdampak pada mereka.

Kriteria mutu

Aksi kemanusiaan berdasarkan komunikasi, partisipasi, dan umpan balik.

Indikator-indikator kinerja

1. Komunitas dan warga terdampak krisis menyadari hak-hak dan yang menjadi haknya.
2. Komunitas dan penduduk terdampak krisis memandang bahwa mereka mendapat akses tepat waktu terhadap informasi yang jelas dan relevan, termasuk isu-isu yang dapat menempatkan mereka pada risiko lebih lanjut
3. Komunitas dan penduduk terdampak krisis merasa puas dengan peluang-peluang yang mereka miliki untuk mempengaruhi respons.
4. Semua staf dilatih dan diberi panduan mengenai hak-hak penduduk terdampak.

Tindakan-tindakan kunci

4.1 Memberi informasi kepada komunitas dan warga terdampak krisis mengenai organisasi, prinsip yang dipatuhi, perilaku staf yang diharapkan, program yang dilaksanakan, dan cara penyampaian program.

- Mempertimbangkan informasi sendiri sejatinya adalah suatu elemen kunci perlindungan. Tanpa informasi akurat mengenai bantuan, hak dan yang menjadi hak atas bantuan, warga terdampak atau warga penyintas mungkin menjadi rentan terhadap eksploitasi dan penyalahgunaan. ⊕ Lihat Prinsip Perlindungan 1.
- Mengomunikasikan secara jelas perilaku yang dapat diharapkan oleh dari pekerja-pekerja kemanusiaan dan bagaimana mereka dapat menyampaikan keluhan bila mereka tidak puas.

4.2 Berkomunikasi dalam bahasa, format dan media yang mudah dipahami, saling menghormati, budaya yang sesuai untuk berbagai anggota komunitas, khususnya kelompok yang rentan dan terpinggirkan.

- Menggunakan sistem komunikasi yang ada dan berkonsultasi dengan penduduk mengenai komunikasi pilihan mereka. Pertimbangkan tingkat privasi yang diperlukan untuk bentuk dan media yang berbeda-beda.
- Memastikan agar teknologi komunikasi, baru dan lama, digunakan secara tepat guna dan aman.

4.3 Memastikan keterwakilan yang bersifat inklusif, melibatkan komunitas dan penduduk terdampak krisis pada setiap tahap pekerjaan.

- Memberi perhatian kepada kelompok-kelompok atau orang-orang yang memiliki sejarah dikucilkan dari kekuasaan dan proses pengambilan keputusan. Secara sistematis pertimbangkan cara-cara etis bagaimana melibatkan orang-orang ini dan kelompok-kelompok untuk menghormati martabat dan menghindari setiap peningkatan stigma.
- Mempertimbangkan keseimbangan antara partisipasi langsung komunitas dan perwakilan tidak langsung yang dipilih oleh perwakilan melalui berbagai tahap respons.

4.4 Mendorong dan memfasilitasi komunitas dan warga terdampak krisis untuk memberikan umpan-balik mengenai tingkat kepuasan mereka terkait mutu dan efektivitas bantuan yang diterima, secara khusus memperhatikan gender, usia dan keragaman pemberi umpan balik.

- Melatih staf untuk mendapatkan dan mempertahankan kepercayaan penduduk, mengetahui cara merespons umpan balik positif dan negatif serta mengamati reaksi beragam anggota komunitas yang berbeda mengenai cara layanan yang diberikan.
- Memadukan pengumpulan umpan balik ke dalam suatu pendekatan lebih luas dan lintas organisasi-organisasi atau sektor-sektor untuk meninjau, analisis dan bertindak berdasarkan umpan balik.
- Membagikan respons terhadap umpan balik kepada komunitas.



Tanggung jawab organisasi

4.5 Ada kebijakan untuk berbagi informasi dan mempromosikan sebuah budaya komunikasi terbuka.

- Menentukan dan dan mencatat proses berbagi informasi.

- Berusaha keras untuk berbagi informasi organisasi mengenai keberhasilan dan kegagalan secara terbuka dengan berbagai pemangku kepentingan untuk mempromosikan suatu sistem budaya yang lebih luas mengenai keterbukaan dan akuntabilitas di seluruh sistem.

4.6 **Ada kebijakan untuk melibatkan komunitas dan warga terdampak krisis, mencerminkan prioritas dan risiko yang teridentifikasi pada setiap tahap pekerjaan.**

- Menjelaskan bagaimana anggota staf dilatih dan didorong untuk memfasilitasi keterlibatan komunitas dan pengambilan keputusan, mendengarkan keragaman komunitas penduduk terdampak dan mengelola umpan balik negatif.
- Merancang kebijakan-kebijakan dan strategi-strategi yang membantu penciptaan ruang dan waktu untuk dialog komunitas, pengambilan keputusan dan usaha swadaya.

4.7 **Komunikasi eksternal, termasuk yang digunakan untuk penggalangan dana, akurat, etis dan penuh penghargaan yang menggambarkan komunitas dan warga terdampak krisis sebagai manusia bermartabat.**

- Membagikan informasi berdasarkan suatu kajian risiko. Mempertimbangkan potensi bahaya terhadap penduduk, misalnya saat berbagi informasi mengenai pembagian uang tunai atau permukiman khusus secara demografis, yang dapat menempatkan warga dalam suatu risiko diserang.
- Berhati-hati saat menggunakan cerita-cerita dan gambar-gambar yang membahas dan menggambarkan penduduk terdampak, karena ini dapat menjadi suatu pelanggaran terhadap privasi mereka dan melanggar kerahasiaan saat sebelumnya tidak meminta izin kepada mereka. ⊕ Lihat Prinsip-prinsip Perlindungan 1 mengenai persetujuan.

Catatan-catatan panduan

Berbagi informasi dengan komunitas: Membagikan informasi akurat, tepat waktu, mudah dipahami dan mudah diakses menguatkan kepercayaan, mengkokohkan tingkat keterlibatan dan meningkatkan dampak suatu proyek. Ini merupakan kunci menuju transparansi. Membagikan informasi keuangan dengan komunitas dapat meningkatkan efektivitas pembiayaan dan membantu komunitas untuk mengidentifikasi dan menyoroti pemborosan atau penipuan.

Ketika suatu organisasi tidak membagikan informasi secara tepat dengan penduduk yang dibantu, salah paham dan keterlambatan, ketidaktepatan proyek yang membuang-buang sumber-sumber, dan persepsi negatif mengenai organisasi dapat berkembang. Ini dapat menimbulkan kemarahan, frustrasi dan rasa tidak aman.

Komunikasi tepat guna, aman, dapat diakses dan inklusif: Berbagai macam kelompok mempunyai kebutuhan dan sumber komunikasi dan informasi yang berbeda. Mereka mungkin memerlukan waktu berbicara antar mereka dalam suatu situasi yang aman dan khusus untuk mengolah informasi serta dampaknya.

Informed consent: Menyadari beberapa orang yang mungkin memberikan persetujuan tanpa sepenuhnya memahami dampaknya. Ini bukanlah situasi ideal, namun suatu tingkat persetujuan dan partisipasi mungkin awalnya harus dianggap berdasarkan ungkapan keinginan untuk ikut dalam kegiatan-kegiatan proyek, mengamati, pengetahuan,

atau hukum atau dokumen-dokumen lainnya (seperti persetujuan kontrak dengan komunitas). ⊕ Lihat Prinsip Perlindungan 1.

Partisipasi dan keterlibatan: Konsultasikan dengan warga terdampak dan lembaga setempat pada awal respons untuk membangun suatu pengetahuan yang ada dan mengembangkan hubungan positif dan saling menghormati. Konsultasi awal dapat menggunakan waktu lebih baik daripada memperbaiki keputusan-keputusan yang tidak tepat di kemudian hari. Pada awal tahap suatu respons akut, konsultasi mungkin hanya dilakukan dalam jumlah kecil warga terdampak. Dengan berlalunya waktu, akan ada peluang untuk lebih banyak warga dan kelompok-kelompok terlibat dalam pengambilan keputusan.

Menyadari bahwa dalam beberapa situasi konflik, mendorong kelompok diskusi dan pengambilan keputusan dapat dilihat sebagai suatu bentuk pengorganisasian politik dan dapat membahayakan penduduk setempat. Pertimbangkan beragam metode untuk menguatkan keterlibatan komunitas dengan sistem umpan balik, termasuk penggunaan kartu penilaian komunitas.

Umpan balik: Umpan balik formal dapat dicari melalui pengkajian khusus (menggunakan diskusi kelompok atau wawancara), pemantauan setelah pembagian bahan bantuan, atau angket-angket. Umpan balik informal diperoleh selama interaksi harian harus juga digunakan untuk mengembangkan kepercayaan dan memperbaiki program secara berkelanjutan. Dapatkan umpan balik dari perempuan, laki-laki, anak-anak perempuan dan anak-anak laki-laki yang membuat mereka merasa dihormati dan puas karena pengaruh mereka atas pengambilan keputusan. Penduduk mungkin merasa puas dengan bantuan yang dibagikan, namun tidak puas dengan pengaruh mereka dalam pengambilan keputusan.

Orang mungkin takut bahwa umpan balik yang kritis akan mempunyai dampak negatif. Mungkin juga ada alasan budaya mengapa kritik terhadap suatu intervensi tidak dapat diterima. Galilah berbagai metode pemberian umpan balik secara informal dan formal, termasuk metode untuk berbagi umpan balik secara rahasia.

Rancanglah mekanisme umpan balik dengan Lembaga-lembaga lain dan pastikan mekanisme ini dapat diakses semua warga. Mekanisme ini harus dilihat terpisah dari mekanisme pengaduan yang menangani pelanggaran serius praktik atau perilaku. ⊕ Lihat Komitmen 5, meskipun dalam praktik selalu ada yang tumpang tindih dalam jenis umpan balik atau keluhan yang diterima. Menerima dan menindaklanjuti umpan balik yang diterima dan menyesuaikan program bila perlu. Padukan mekanisme umpan balik ke dalam sistem pemantauan dan evaluasi organisasi.

Promosi suatu budaya komunikasi terbuka: Organisasi-organisasi harus secara terbuka menyatakan (dalam lamannya dan dalam bahan promosi yang dapat diakses oleh penduduk terdampak) adanya kepentingan khusus, seperti identitas politik dan keagamaan. Hal ini membuat pemangku kepentingan memahami lebih baik sifat organisasi, afiliasi dan kebijakan-kebijakannya.

Komitmen organisasi terhadap partisipasi dan mendengarkan komunitas: Kebijakan gender dan keragaman dapat membantu mempromosikan nilai-nilai dan komitmen-komitmen organisasi dan memberikan contoh-contoh konkrit perilaku yang diharapkan. Umpan balik dari penduduk terdampak harus juga menginformasikan strategi dan pengembangan program.

Pembatasan informasi, kerahasiaan dan non-disclosure: Tidak semua informasi dapat atau harus dibagikan dengan semua pemangku kepentingan. Pertimbangkan



bagaimana mengumpulkan informasi yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi kelompok-kelompok (demografis) atau penduduk mungkin menyebabkan atau meningkatkan kerentanan mereka atau menciptakan ancaman-ancaman baru terhadap perlindungan mereka. ⊕ Lihat Prinsip-prinsip Perlindungan.

Suatu pendekatan etis terhadap komunikasi eksternal: Bahan dan foto-foto penggalangan yang diambil diluar konteks seringkali dapat menyesatkan dan dapat juga meningkatkan risiko terhadap perlindungan. Kebijakan-kebijakan dan pedoman-pedoman terkait komunikasi-komunikasi eksternal harus tersedia untuk semua staf dan dapat membantu memastikan agar kesalahan-kesalahan tidak dibuat.

Rincian yang melampirkan gambar-gambar dan masuk ke dalam beragam cerita tidak boleh membuat penduduk (khususnya anak-anak) dapat ditelusuri rumahnya atau komunitasnya. Menandai tempat foto harus dihapus saat membuat foto.

Komitmen 5

Komunitas dan warga terdampak krisis mempunyai akses terhadap mekanisme penanganan pengaduan yang aman dan responsif.

Kriteria mutu

Pengaduan disambut dan ditangani.

Indikator-indikator kinerja

1. Komunitas dan warga terdampak krisis termasuk kelompok-kelompok rentan dan terpinggirkan menyadari mekanisme pengaduan yang dibuat untuk mereka gunakan.
2. Komunitas dan warga terdampak krisis mempertimbangkan respons terhadap mekanisme pengaduan yang dapat diakses, tepat guna, rahasia dan aman.
3. Keluhan diselidiki, diselesaikan dan hasil disampaikan kepada pengadu dalam kerangka waktu yang dinyatakan.

Tindakan-tindakan kunci

5.1 Berkonsultasi dengan komunitas dan warga terdampak krisis berkaitan dengan rancangan, pelaksanaan dan pemantauan proses penanganan pengaduan.

- Memilah berdasarkan jenis kelamin, usia dan disabilitas, karena kriteria ini mungkin mempengaruhi pandangan warga mengenai akses dan hambatan untuk mekanisme pengaduan.
- Menyepakati bagaimana pengaduan dapat disampaikan, apa yang mungkin mencegah warga dan staf mengadu, dan bagaimana mereka bersedia menerima tanggapan terhadap pengaduan. Pertimbangkan bagaimana pengaduan dapat dicatat dan ditelusuri serta bagaimana pembelajaran dari pengaduan mereka dapat dipadukan ke dalam perencanaan di masa mendatang.
- Menggali mekanisme pengaduan bersama dengan lembaga-lembaga lain, mitra-mitra dan pihak ketiga.
- Melatih staf tentang mekanisme pengaduan.

5.2 Menyambut dan menerima pengaduan, serta mengomunikasikan cara mengakses mekanisme pengaduan dan cara penanganannya.

- Mempertimbangkan suatu kampanye informasi untuk membantu meningkatkan kesadaran tentang sistem dan prosedur pengaduan, orang dapat mengajukan pertanyaan lebih jauh bagaimana sistem dan prosedur ini akan bekerja.

5.3 Mengelola pengaduan tepat waktu, adil dan sesuai yang memprioritaskan keselamatan pengadu dan mereka yang terdampak pada semua tahap.

- Menangani setiap pengaduan satu-persatu, bahkan saat banyak keluhan merujuk pada isu yang sama.
- Memberikan suatu respons dalam suatu kerangka waktu tertentu. Pengadu harus tahu kapan bisa mengharapkan suatu tanggapan.
- Mempertimbangkan pelibatan komunitas dalam sistem penanganan pengaduan.

Tanggung jawab organisasi

5.4 Adanya proses penanganan pengaduan komunitas dan warga terdampak krisis terdokumentasi dan ada. Proses harus meliputi pembuatan program, eksploitasi dan pelecehan seksual, dan bentuk lain penyalahgunaan kekuasaan.

- Menyimpan catatan bagaimana mekanisme pengaduan dibuat, kriteria pengambilan keputusan, semua keluhan yang dibuat, bagaimana cara keluhan ditanggapi dan dalam jangka waktu berapa lama.
- Berhati-hati dalam memastikan bahwa informasi mengenai pengaduan disimpan secara rahasia, secara ketat dengan kebijakan-kebijakan perlindungan data.
- Bekerja dengan organisasi-organisasi lain mengenai mekanisme pengaduan. Hal ini mungkin dapat mengurangi kebingungan komunitas dan staf.

5.5 Budaya organisasi dengan pengaduan ditanggapi secara serius dan ditindaklanjuti sesuai kebijakan dan proses yang sudah ditetapkan.

- Membagikan secara terbuka kebijakan yang berhubungan dengan tugas organisasi terhadap penduduk yang ingin dibantunya, kode etik dan bagaimana organisasi akan melindungi kelompok berpotensi rentan seperti perempuan, anak-anak dan penyandang disabilitas.
- Menetapkan prosedur penyelidikan formal yang mematuhi prinsip-prinsip kerahasiaan, independensi dan penghormatan. Melakukan penyelidikan dengan suatu cara yang teliti, tepat waktu dan sikap profesional, memenuhi standar-standar hukum dan persyaratan hukum perburuhan setempat. Memberikan pelatihan untuk manajer yang ditunjuk dalam penyelidikan dan menangani kesalahan staf, atau memberikan akses ke saran spesialis.
- Menyertakan suatu prosedur pengaduan dan kebijakan pengungkap kesalahan (*whistleblowing*) untuk menangani keluhan staf dan membuat staf menyadari prosedur dan kebijakan itu.

5.6 Komunitas dan penduduk terdampak krisis sepenuhnya menyadari perilaku pekerja kemanusiaan yang diharapkan, termasuk komitmen organisasi menyangkut pencegahan eksploitasi dan pelecehan seksual.



- Menjelaskan proses pengaduan kepada komunitas dan staf. Menyertakan mekanisme untuk isu-isu sensitif (misalnya terkait korupsi, eksploitasi dan pelecehan seksual, kesalahan berat atau malpraktik) dan informasi tidak sensitif (seperti persepsi tentang penggunaan kriteria pemilihan).

5.7) **Pengaduan yang tidak termasuk dalam cakupan organisasi dirujuk ke lembaga yang sesuai dengan cara yang konsisten dan praktik baik.**

- Mengklarifikasi panduan mengenai pengaduan yang mana yang masuk dalam cakupan organisasi, kapan dan bagaimana merujuk ke pemberi layanan lainnya.

Catatan panduan

Merancang suatu mekanisme pengaduan: Dinamika sosial dan politik harus dikaji sebelum menentukan cara terbaik berinteraksi dengan komunitas-komunitas. Perhatikan kebutuhan orang usia lanjut, perempuan dan anak-anak perempuan, anak-anak laki-laki dan laki-laki, penyandang disabilitas dan orang-orang yang mungkin terpinggirkan. Pastikan mereka dapat menyampaikan pendapat dalam perancangan dan pelaksanaan sistem pengaduan.

Meningkatkan kesadaran mengenai cara membuat suatu pengaduan: Waktu dan sumber-sumber akan diperlukan untuk memastikan penduduk terdampak mengetahui jenis layanan, sikap dan perilaku staf yang dapat mereka harapkan dari organisasi kemanusiaan. Penduduk harus juga mengetahui apa yang dilakukan dan di mana membuat suatu pengaduan ketika organisasi kemanusiaan gagal memenuhi komitmen-komitmen ini.

Mekanisme harus dirancang sehingga penduduk dapat diyakinkan bahwa mereka selalu dapat membuat suatu aduan secara rahasia dan tanpa takut pembalasan.

Kelola harapan-harapan, karena komunitas mungkin yakin bahwa proses pengaduan dapat menyelesaikan seluruh permasalahan mereka. Ini dapat menimbulkan frustrasi dan kekecewaan ketika perubahan-perubahan yang diharapkan di luar kendali Lembaga.

Mengelola pengaduan-pengaduan: Terangkan secara jelas kepada pengadu apabila pengaduan di luar kendali dan tanggung jawab organisasi. Bilamana mungkin dan dengan persetujuan dari pengadu, rujuk pengaduan kepada organisasi yang tepat. Koordinasikan dengan lembaga dan sektor-sektor lain untuk memastikan mekanisme pengaduan ini berfungsi tepat guna.

Hanya staf terlatih yang boleh menyelidiki tuduhan eksploitasi dan pelecehan seksual oleh pekerja kemanusiaan.

Rujukan rahasia untuk rawatan dan dukungan tambahan (misalnya kesehatan jiwa dan dukungan psikososial, atau layanan Kesehatan lain) harus diberikan kepada pengadu sesuai dengan keinginannya.

Pengaduan tanpa nama dan fitnah menjadi tantangan khusus, karena sumbernya tidak diketahui. Pengaduan ini mungkin suatu tanda peringatan kepada organisasi mengenai ketidakpuasan yang mendasarinya, dan setiap tindak lanjut akan memerlukan penyelidikan apakah ada penyebab pengaduan yang sebelumnya tidak diketahui.

Melindungi pengadu-pengadu: Hati-hati ketika menentukan siapa yang perlu mengetahui informasi di dalam organisasi. Warga melaporkan pelecehan seksual mungkin menghadapi stigma sosial dan bahaya nyata dari pelaku kejahatan dan keluarga-ke-

luarganya sendiri. Rancang suatu mekanisme yang memastikan agar pengaduan akan ditangani secara rahasia. Suatu kebijakan pewarta kesalahan (*whistleblowing*) harus ada untuk melindungi staf yang menyoroti kekhawatiran mengenai program-program atau perilaku sejawatnya.

Kebijakan perlindungan data harus mencakup berapa lama jenis informasi tertentu harus disimpan, sesuai dengan undang-undang perlindungan data yang relevan

Proses penanganan pengaduan: Memastikan agar staf organisasi dan komunitas-komunitas mempunyai peluang untuk melaporkan pengaduan. Pengaduan ini dapat dilihat sebagai suatu peluang untuk memperbaiki organisasi dan pekerjaannya. Pengaduan dapat menandai dampak dan kesesuaian suatu intervensi, risiko-risiko potensial dan kerentanan-kerentanan, dan tingkat kepuasan penduduk terhadap layanan yang diberikan.

Eksplotasi dan pelecehan seksual (*sexual exploitation and abuse, SEA*) terkait warga terdampak krisis: Suatu organisasi dan manajer seniornya bertanggung jawab memastikan adanya mekanisme dan prosedur pengaduan yang aman, terbuka, dapat diakses dan rahasia. Bilamana perlu, organisasi harus mempertimbangkan untuk memasukkan pernyataan khusus mengenai kerjasama penyelidikan dalam kasus eksploitasi dan pelecehan seksual dalam kesepakatan kemitraan mereka.

Budaya organisasi: Manajer dan staf senior harus memberi teladan dan mempromosikan suatu budaya saling menghormati antar semua staf, mitra-mitra, relawan-relawan dan warga terdampak krisis. Dukungan mereka dalam pelaksanaan mekanisme pengaduan komunitas sangat penting. Staf harus mengetahui bagaimana cara menangani keluhan atau tuduhan penyalahgunaan. Dalam kasus kegiatan kriminal (kejahatan) atau ketika hukum internasional dilanggar, staf harus mengetahui bagaimana menghubungi pihak berwenang yang tepat. Organisasi-organisasi yang bekerja dengan mitra-mitra harus menyepakati bagaimana mereka akan mengungkapkan dan menangani pengaduan (termasuk terhadap satu sama lain).

Perilaku staf dan kode etik: Organisasi harus mempunyai Kode Etik Staf yang disahkan oleh manajer senior dan diumumkan. Sebuah kebijakan perlindungan anak harus diterapkan pada semua staf dan mitra, pengenalan dan pelatihan harus diberikan mengenai standar perilaku yang diharapkan. Staf harus mengetahui dan memahami akibat pelanggaran kode etik. ⊕ Lihat Komitmen 3 dan 8.

Komitmen 6

Komunitas dan penduduk terdampak krisis menerima bantuan yang terkoordinasi dan saling melengkapi.

Kriteria mutu

Respons kemanusiaan terkoordinasi dan saling melengkapi.

Indikator-indikator kinerja

1. Organisasi-organisasi mengurangi kesenjangan dan tumpah tindih yang diidentifikasi oleh komunitas terdampak dan mitra-mitra melalui aksi terkoordinasi.
2. Organisasi-organisasi yang merespons - termasuk organisasi-organisasi setempat - berbagi informasi relevan melalui mekanisme koordinasi resmi dan informal.



3. Organisasi-organisasi mengkoordinasi pengkajian-pengkajian kebutuhan, menyampaikan bantuan kemanusiaan dan memantau pelaksanaan bantuan.
4. Organisasi-organisasi setempat melaporkan partisipasi dan perwakilan yang memadai dalam mekanisme koordinasi.

Tindakan-tindakan kunci

6.1 Identifikasi peran, tanggungjawab, kemampuan dan kepentingan berbagai pihak.

- Mempertimbangkan kerjasama untuk mengoptimalkan kapasitas komunitas-komunitas, pemerintah tuan rumah, donor, sektor usaha dan organisasi-organisasi kemanusiaan (lokal, nasional, internasional) dengan mandat serta beragam keahlian yang berbeda-beda.
- Menyarankan dan memimpin pengkajian-pengkajian bersama, pelatihan-pelatihan dan evaluasi-evaluasi lintas organisasi serta pemangku kepentingan lain untuk memastikan suatu pendekatan yang koheren.

6.2 Memastikan aksi kemanusiaan melengkapi respons yang dilakukan oleh pihak berwenang nasional dan lokal serta organisasi kemanusiaan lainnya.

- Mengakui bahwa perencanaan dan koordinasi upaya bantuan secara keseluruhan merupakan tanggung jawab pemerintah tuan rumah. Organisasi-organisasi kemanusiaan mempunyai suatu peran penting untuk mendukung fungsi respons dan koordinasi pemerintah.

6.3 Berpartisipasi dalam lembaga koordinasi yang relevan dan bekerjasama dengan pihak lain untuk mengurangi tuntutan komunitas dan memaksimalkan cakupan dan pemberian layanan upaya kemanusiaan yang lebih luas.

- Mengadvokasi penerapan dan pemenuhan standar mutu dan pedoman yang diakui melalui koordinasi. Menggunakan lembaga koordinasi untuk bersama-sama memaknai standar-standar kemanusiaan, khususnya indikator-indikator, bersama-sama memantau dan mengevaluasi kegiatan-kegiatan dan keseluruhan respons.
- Menentukan ruang lingkup kegiatan-kegiatan dan komitmen-komitmen, juga setiap tumpang tindih dengan badan-badan koordinasi lain serta bagaimana hal ini akan dikelola, sebagai contoh dalam hubungannya dengan koordinasi akuntabilitas, gender dan perlindungan.

6.4 Membagi informasi penting kepada mitra, kelompok koordinasi dan pelaku relevan lainnya melalui saluran komunikasi yang tepat.

- Menghormati penggunaan bahasa-bahasa setempat dalam pertemuan-pertemuan dan komunikasi-komunikasi lain. Periksa hambatan berkomunikasi sehingga pemangku kepentingan setempat mampu berpartisipasi.
- Mengomunikasikan secara jelas dan menghindari jargon dalam bahasa sehari-hari, khususnya apabila peserta lain tidak berbicara dengan bahasa yang sama.
- Menyediakan juru bahasa dan penerjemah saat diperlukan.
- Mempertimbangkan lokasi pertemuan-pertemuan agar memungkinkan pelaku-pelaku setempat berpartisipasi.
- Bekerja dengan jejaring-jejaring organisasi-organisasi masyarakat sipil setempat untuk memastikan pelibatan kontribusi anggota-anggotanya.

Tanggung jawab organisasi

6.5) Kebijakan dan strategi mencakup komitmen yang jelas mengenai koordinasi dan kerjasama dengan pihak lain, termasuk pihak berwenang nasional dan lokal, tanpa mengkompromikan prinsip-prinsip kemanusiaan.

- Memasukkan koordinasi ke dalam kebijakan organisasi dan strategi sumber daya. Organisasi harus memberikan suatu pernyataan mengenai cara melibatkan mitra-mitra, pihak berwenang tuan rumah dan pelaku kemanusiaan atau non-kemanusiaan lain.
- Staf mewakili lembaga dalam koordinasi harus memiliki informasi yang tepat, keterampilan dan wewenang untuk merencanakan dan mengambil keputusan. Secara jelas mencantumkan tanggung jawab koordinasi dalam deskripsi pekerjaan para staf.

6.6) Bekerja dengan mitra diatur dalam perjanjian yang jelas dan konsisten yang menghargai mandat, kewajiban dan independensi setiap mitra, serta mengakui kendala dan komitmen-komitmennya.

- Organisasi-organisasi setempat dan nasional terlibat atau bekerjasama dengan mitra-mitra dengan suatu pemahaman yang sama mengenai mandat masing-masing organisasi dan peran serta tanggung jawab yang saling menguntungkan, untuk aksi yang tepat guna dan akuntabel.

Catatan-catatan panduan

Bekerja dengan sektor swasta: Sektor swasta dapat memberikan manfaat komersial, kepakaran pelengkap dan sumber-sumber kepada organisasi-organisasi kemanusiaan. Sekurang-kurangnya, bagi informasi diperlukan untuk menghindari duplikasi dan mempromosikan praktik baik kemanusiaan. Pastikan agar mitra swasta memiliki komitmen terhadap hak-hak asasi inti dan tidak memiliki suatu sejarah mengabadikan ketidaksetaraan atau praktik-praktik diskriminatif. Kemitraan dengan sektor swasta harus memastikan keuntungan nyata bagi warga terdampak krisis dan menyadari bahwa pelaku sektor swasta mungkin memiliki tujuan tambahannya sendiri.

Koordinasi sipil-militer: Organisasi kemanusiaan harus tetap jelas membedakan dengan militer untuk menghindari keterkaitan kasat mata atau yang ditangkap sebagai suatu agenda politik atau militer yang dapat membahayakan imparsialitas organisasi, independensi, kredibilitas, keamanan dan akses terhadap penduduk terdampak.

Militer memiliki keahlian dan sumber daya tertentu, termasuk yang terkait dengan keamanan, logistik, transportasi dan komunikasi. Meski demikian, setiaphubungan kerja dengan militer harus dalam konteks layanan dan dipimpin oleh lembaga kemanusiaan dan sesuai dengan pedoman yang disahkan. ⊕ Lihat Apa itu Sphere? Piagam Kemanusiaan dan Prinsip-prinsip Perlindungan. Beberapa organisasi akan mempertahankan dialog minimal (dengan militer) untuk memastikan manfaat pelaksanaan. Di lain pihak mungkin membangun tautan yang lebih kuat.

Tiga elemen kunci koordinasi sipil-militer yakni berbagi informasi, perencanaan dan pembagian tugas-tugas. Dialog harus dilakukan sepanjang setiap situasi dan semua tingkatan.

Bantuan pelengkap: Organisasi-organisasi setempat, pihak-pihak berwenang setempat dan jejaring masyarakat sipil memiliki suatu pengalaman khusus sesuai konteks. Mereka mungkin memerlukan dukungan dalam membangun diri mereka sendiri setelah terdampak suatu krisis dan perlu dilibatkan dan diwakili dalam koordinasi upaya respons.



Bilamana pihak-pihak berwenang adalah suatu pihak dalam konflik, pelaku kemanusiaan harus menggunakan pertimbangannya mengenai independensi pihak-pihak berwenang, mempertahankan kepentingan-kepentingannya terhadap penduduk terdampak sebagai pusat pengambilan keputusannya.

Koordinasi: Koordinasi lintas sektor dapat memenuhi kebutuhan penduduk secara terpadu. Sebagai contoh, koordinasi mengenai kesehatan jiwa dan dukungan psikososial harus dilakukan lintas sektor kesehatan, perlindungan dan pendidikan seperti melalui kelompok kerja teknis yang terdiri dari para ahli.

Koordinator (pimpinan koordinasi) mempunyai suatu tanggung jawab untuk memastikan agar pertemuan-pertemuan dan berbagai informasi dikelola dengan baik, berdaya guna dan berorientasi hasil. Pelaku setempat mungkin tidak dapat berpartisipasi dalam mekanisme koordinasi saat mekanisme koordinasi dianggap relevan hanya untuk lembaga-lembaga internasional, karena alasan bahasa atau lokasi. Mekanisme koordinasi nasional dan sub-nasional mungkin diperlukan dan harus memiliki jalur pelaporan yang jelas.

Partisipasi dalam mekanisme koordinasisebelum bencana membangun suatu hubungan dan penguatan koordinasi selama respons. Tautkan struktur koordinasi darurat dengan rencana pembangunan dan badan-badan koordinasi jangka lebih panjang bila ada.

Mekanisme antar lembaga internasional untuk koordinasi kedaruratan harus mendukung mekanisme koordinasi nasional. Dalam bantuan pengungsi, mekanisme koordinasi pengungsi harus menggunakan mekanisme yang dipakai oleh UNHCR.

Berbagi informasi (termasuk keuangan): antara pemangku kepentingan yang berbeda dan mekanisme koordinasi berbeda membuat kesenjangan program atau tumpang tindih akan dapat diidentifikasi.

Bekerja dengan mitra-mitra: Berbagai jenis pengaturan mungkin ada di antara mitra-mitra, berkisar mulai dari yang semata-mata bersifat kontrak sampai pengambilan keputusan bersama dan sumber bersama. Menghargai mandat dan visi organisasi mitra dan independensinya. Identifikasi peluang-peluang untuk pembelajaran dan pengembangan bersama. Identifikasi apakah semua pihak sepakat untuk memperoleh kemitraan karena peningkatan pengetahuan dan kapasitasnya serta memastikan kesiapsiagaan respons yang lebih baik dan pilihan-pilihan respons yang lebih beragam.

Kerjasama jangka panjang antar organisasi setempat dan nasional serta internasional dapat membuat semua mitra meningkatkan pengetahuan dan kapasitas, dan memastikan kesiapsiagaan respons yang lebih baik dan pilihan-pilihan respons yang lebih beragam.

Komitmen 7

Komunitas dan warga terdampak krisis dapat berharap penyampaian bantuan yang diperbaiki karena organisasi belajar dari pengalaman dan refleksi. Masyarakat dan orang-orang yang terkena dampak krisis dapat mengharapkan penyampaian bantuan yang lebih baik karena organisasi belajar dari pengalaman dan refleksi.

Kriteria mutu

Pekerja kemanusiaan senantiasa belajar dan memperbaiki diri.

Indikator-indikator kinerja

1. Komunitas dan warga terdampak krisis mengidentifikasi peningkatan bantuan dan perlindungan dari waktu ke waktu.
2. Peningkatan dibuat untuk intervensi bantuan dan perlindungan sebagai hasil pembelajaran yang diperoleh dari respons saat ini.
3. Bantuan dan perlindungan yang diberikan mencerminkan pembelajaran dari respons lain.

Tindakan-tindakan kunci

7.1 Memetik pembelajaran dan pengalaman sebelumnya ketika merancang program.

- Merancang sistem pemantauan yang sederhana dan mudah diakses, mengakui bahwa informasi harus mewakili kelompok-kelompok yang berbeda, secara jelas menyatakan siapa yang diuntungkan dari program sebelumnya dan siapa yang tidak diuntungkan.
- Mempertimbangkan kegagalan seperti juga keberhasilan.

7.2 Belajar, berinovasi dan melaksanakan perubahan berdasarkan pemantauan dan evaluasi, dan umpan-balik serta pengaduan.

- Menggunakan pendekatan mendengarkan secara terbuka dan pendekatan partisipatoris kualitatif lainnya. Warga terdampak krisis adalah sumber informasi terbaik mengenai kebutuhan dan perubahan sesuai situasi.
- Membagikan dan mendiskusikan pembelajaran dengan komunitas, menanyakan kepada mereka apa yang mereka sukai untuk dilakukan secara berbeda dan bagaimana cara menguatkan peran mereka dalam pengambilan keputusan dan pengelolaan.



7.3 Membagikan pembelajaran dan inovasi secara internal, dengan komunitas dan penduduk terdampak krisis, dan dengan para pihak.

- Memamparkan informasi yang dikumpulkan melalui pemantauan dan evaluasi dengan suatu bentuk yang mudah diakses yang memungkinkan berbagi dan pengambilan keputusan. ⊕ Lihat Komitmen 4.
- Identifikasi cara-cara mendukung beragam kegiatan pembelajaran pada keseluruhan sistem.

Tanggung jawab organisasi

7.4 Kebijakan evaluasi dan pembelajaran tersedia, dan ada sarana untuk belajar dari pengalaman dan memperbaiki praktik.

- Organisasi memasukkan suatu tinjauan kinerja dan peningkatan rencana berdasarkan indikator terukur dan obyektif dalam siklus pembelajarannya.
- Semua staf memahami tanggungjawabnya berhubungan dengan pemantauan kemajuan pekerjaan mereka dan bagaimana pembelajaran dapat berkontribusi terhadap pengembangan profesional mereka.

7.5 Tersedia mekanisme untuk merekam pengetahuan dan pengalaman, serta membuatnya dapat diakses diseluruh organisasi.

- Pembelajaran organisasi mengarahkan pada perubahan praktis (seperti strategi diperbaiki untuk melaksanakan penilaian-penilaian, reorganisasi tim agar respons menjadi lebih erat, dan pernyataan pengambilan keputusan yang lebih jelas.

7.6 **Organisasi berkontribusi pada pembelajaran dan inovasi aksi kemanusiaan di antara sejawat dan dalam sektor.**

- Mengumpulkan dan mempublikasikan laporan mengenai respons kemanusiaan, termasuk pembelajaran utama dan rekomendasi untuk perbaikan praktik-praktik respons masa mendatang.

Catatan-catatan panduan

Belajar dari pengalaman: Pendekatan dan metoda berbeda-beda sesuai dengan tujuan kinerja, pembelajaran dan akuntabilitas yang berbeda-beda.

Pemantauan - mengumpulkan rangkaian data secara teratur dari kegiatan proyek dan kinerja dapat digunakan untuk perbaikan. Gunakan data kualitatif dan kuantitatif untuk memantau dan mengevaluasi; triangulasi data dan memelihara catatan yang konsisten. Pertimbangkan etika cara data dikumpulkan, dikelola dan dilaporkan. Tentukan jenis data yang dikumpulkan dan bagaimana data dipaparkan berdasarkan tujuan penggunaan dan pengguna data. Jangan mengumpulkan data yang tidak akan dianalisa atau tidak digunakan.

Tinjauan real time - Latihan penilaian sekali, melibatkan warga bekerja di proyek, dapat digunakan untuk suatu upaya perbaikan.

Umpan balik - informasi diterima dari warga terdampak, tidak selalu dalam bentuk yang berstruktur, dapat digunakan untuk perbaikan. Warga terdampak krisis adalah penilai terbaik tentang perubahan dalam kehidupan mereka.

Tinjauan setelah aksi - latihan penilaian sekali, melibatkan orang-orang yang bekerja di proyek, dilaksanakan setelah penyelesaian proyek. Identifikasi elemen-elemen mana yang dipertahankan dan mana yang diubah dalam proyek mendatang.

Evaluasi - kegiatan-kegiatan formal secara obyektif untuk menentukan nilai suatu kegiatan, proyek atau program, biasanya dilakukan oleh orang eksternal terhadap proyek, dapat dilakukan pada waktunya (untuk memberikan kesempatan perbaikan) atau terjadi setelah penyelesaian proyek, untuk memberikan pembelajaran untuk situasi lain yang serupa dan untuk menginformasikan kebijakan.

Penelitian - melibatkan penyelidikan sistematis terhadap pertanyaan-pertanyaan yang didefinisikan secara khusus berhubungan dengan aksi kemanusiaan, umumnya digunakan untuk menginformasikan kebijakan.

Inovasi: Respons krisis kadang-kadang mengarahkan ke arah inovasi karena warga dan organisasi beradaptasi terhadap lingkungan yang berubah. Warga terdampak krisis berinovasi ketika mereka beradaptasi dalam keadaan mereka yang berubah; mereka mungkin diuntungkan dari dukungan yang melibatkan mereka secara lebih sistematis dalam inovasi dan proses pengembangan.

Kerjasama dan berbagi pembelajaran: Pembelajaran bersama-sama dengan lembaga-lembaga lain, badan pemerintahan dan non-pemerintahan, serta badan akademisi adalah suatu kewajiban profesional dan dapat mengenalkan perspektif serta gagasan segar, juga memaksimalkan penggunaan sumber-sumber yang terbatas. Ker-

jasama juga membantu pengurangan beban dari evaluasi yang berulang-ulang dalam komunitas yang sama.

Latihan pembelajaran sejawat telah digunakan oleh sejumlah organisasi dan dapat dilakukan untuk memantau kemajuan pada saatnya atau sebagai suatu latihan refleksif setelah krisis.

Jejaring dan komunitas praktisi (termasuk akademisi) dapat menciptakan peluang-peluang untuk belajar dari kelompok sejawat, baik di lapangan dan tinjauan setelah kegiatan atau dalam forum pembelajaran. Ini dapat membuat kontribusi penting dalam praktik pembelajaran dan pembelajaran sistem yang lebih luas. Berbagi tantangan seperti juga keberhasilan di antara sejawat dapat memampukan pekerja kemanusiaan mengidentifikasi risiko-risiko dan menghindari kesalahan di masa mendatang.

Bukti yang tersedia pada lintas sektor secara khusus berguna. Pembelajaran dan peninjauan bukti di antara beberapa organisasi lebih mungkin menyumbang perubahan organisasi daripada pembelajaran dalam satu organisasi tunggal saja.

Pemantauan dilakukan oleh warga terdampak krisis dapat menguatkan keterbukaan dan mutu serta mendorong kepemilikan informasi.

Kebijakan evaluasi dan pembelajaran: Pembelajaran utama dan bidang diidentifikasi untuk perbaikan tidak selalu ditangani secara sistematis, dan pembelajaran tidak dapat disebut sudah dipelajari kecuali ketika pembelajaran tersebut membawa perubahan yang nyata pada saat respons itu atau respons berikutnya.

Manajemen pengetahuan dan pembelajaran organisasi: Manajemen pengetahuan melibatkan pengumpulan, pengembangan, berbagi, menyimpan dan secara tepat guna menggunakan pengetahuan dan pembelajaran organisasi. Staf nasional jangka panjang sering merupakan kunci untuk melestarikan pengetahuan dan hubungan setempat. Pembelajaran harus juga meluas ke pelaku nasional, daerah dan setempat dan membantu mereka mengembangkan dan memutakhirkan rencana kesiapsiagaan krisis mereka sendiri.



Komitmen 8

Komunitas dan warga terdampak krisis menerima bantuan yang diperlukan dari staf dan relawan yang kompeten dan dikelola baik.

Kriteria mutu

Staf didukung dalam melaksanakan pekerjaannya secara tepat dan diperlakukan secara adil dan setara.

Indikator-indikator kinerja

1. Semua staf merasa didukung oleh organisasi mereka dalam melakukan pekerjaannya.
2. Staf memenuhi tujuan kinerja dengan memuaskan.
3. Komunitas dan warga terdampak krisis menilai staf tepat guna dalam pengertian pengetahuan, keterampilan, perilaku dan sikap-sikap mereka.
4. Komunitas dan penduduk terdampak krisis menyadari kode etik kemanusiaan dan bagaimana menyatakan keprihatinan mereka mengenai pelanggaran.

Tindakan-tindakan kunci

8.1 Staf bekerja sesuai mandat dan nilai organisasi serta sasaran dan standar kinerja yang disepakati.

- Syarat dan ketentuan yang berbeda dapat diterapkan untuk staf yang berbeda-beda jenis dan tingkatnya. Hukum ketenagakerjaan nasional sering menentukan status seorang warga dan harus dihormati. Semua anggota staf harus diberi kesadaran mengenai status hukum dan organisasinya, baik nasional atau internasional.

8.2 Staf mematuhi kebijakan yang relevan dengan mereka serta memahami akibat ketidakpatuhan.

- Perlunya pengenalan dan pelatihan mengenai mandat, kebijakan dan kode etik yang diterapkan pada segala situasi organisasi termasuk penyebaran atau peningkatan yang cepat.

8.3 Staf mengembangkan dan menggunakan kompetensi pribadi, teknis dan manajemen untuk memenuhi perannya serta memahami cara organisasi dapat mendukung mereka melakukannya.

- Peluang-peluang untuk pengembangan staf secara resmi mungkin terbatas pada tahap awal respons, namun manajer harus memberikan suatu pengenalan dan pelatihan di tempat pekerjaan sekali pun minimum.

Tanggung jawab organisasi

8.4 Organisasi mempunyai manajemen dan staf yang berkemampuan untuk menyampaikan programnya.

- Mempekerjakan orang-orang yang akan meningkatkan akses layanan dan menghindari setiap persepsi diskriminasi, mempertimbangkan bahasa, kesukuan, gender, disabilitas dan usia.
- Mempertimbangkan cara organisasi akan menangani puncak keperluan ketersediaan terkait tersedianya staf yang memenuhi syarat. Klarifikasikan peran dan tanggung jawab organisasi tingkat Negara serta tanggung jawab pengambilan keputusan dan komunikasi internal.
- Menghindari pengiriman staf untuk jangka pendek yang akan menyebabkan pergantian staf yang tinggi, merusak keberlanjutan dan mutu program serta mungkin menimbulkan situasi staf menghindari tanggung jawab pribadi untuk penugasan-penugasan.
- Mengadopsi pilihan praktik rekrutmen beretika untuk menghindari risiko merusak kapasitas ORNOP setempat.
- Mengembangkan staf yang direkrut setempat yang akan tinggal untuk jangka lebih panjang. Dalam Lembaga-lembaga yang beragam mandat, staf bidang pembangunan harus dilatih dan tersedia untuk respons kemanusiaan.

8.5 Kebijakan dan prosedur mengenai staf yang adil, transparan, non-diskriminatif dan memenuhi hukum tenaga kerja setempat.

- Kebijakan dan praktik organisasi mempromosikan peran staf nasional dalam tingkat manajemen dan kepemimpinan untuk memastikan keberlanjutan, kelembagaan dan respons kontekstual yang lebih tepat.

8.6 Rincian kerja, sasaran kerja dan proses umpan-balik tersedia sehingga staf mempunyai suatu pemahaman yang jelas mengenai apa yang diharapkan dari mereka.

- Perincian kerja akurat dan dimutakhirkan.
- Staf mengembangkan sasaran diri sendiri terkait aspirasi dan kompetensi kerja yang dicatat dalam suatu rencana pengembangan.

8.7 Ada suatu kode perilaku yang menetapkan, minimal kewajiban staf untuk tidak mengeksploitasi, menyalahgunakan atau mendiskriminasi orang.

- Kode etik organisasi dipahami, ditandatangani, dan ditegakkan, dibuat jelas kepada semua perwakilan organisasi (termasuk staf, relawan, mitra dan kontraktor) apa standar perilaku yang diharapkan dan apa akibatnya bila mereka melanggar kode etik.

8.8 Ada kebijakan untuk mendukung staf meningkatkan keterampilan dan kompetensinya.

- Organisasi harus mempunyai mekanisme meninjau kinerja staf, menilai kesenjangan kapasitas dan mengembangkan bakat.

8.9 Kebijakan ada untuk keamanan dan kesejahteraan staf.

- Lembaga melaksanakan tugas kehati-hatian terhadap pekerjanya. Manajer membuat pekerja kemanusiaan menyadari risiko-risiko dan melindungi mereka dari paparan terhadap ancaman bahaya yang tidak perlu terhadap kesehatan fisik dan emosionalnya.
- Upaya yang dapat diambil termasuk manajemen keamanan yang tepat guna, saran pencegahan kesehatan, aktif mendukung jam kerja yang masuk akal dan akses terhadap dukungan psikologis.
- Menetapkan suatu kebijakan yang mengungkapkan tiada toleransi terhadap pelecehan dan penyalahgunaan termasuk pelecehan dan penyalahgunaan seksual di tempat bekerja.
- Menetapkan strategi pencegahan dan respons terpadu untuk menangani kejadian pelecehan seksual dan kekerasan sebagai yang dialami atau dilanggar oleh staf mereka.



Catatan-catatan panduan

Staf dan relawan-relawan: Setiap perwakilan yang ditunjuk organisasi termasuk pekerja nasional, internasional, permanen atau jangka pendek juga relawan dan konsultan, semua dipandang sebagai staf anggota .

Organisasi-organisasi harus membuat peka staf dan relawan untuk meningkatkan kesadaran terhadap kelompok-kelompok terpinggirkan dan menghindari pemberian stigma atau sikap-sikap dan praktik-praktik diskriminatif.

Mematuhi mandat-mandat, nilai-nilai dan kebijakan organisasi: Staf diharapkan bekerja dalam lingkup hukum, misi, nilai-nilai dan visi organisasi yang harus didefinisikan dan dikomunikasi kepada mereka. Selain pemahaman luas tentang peran dan cara-cara bekerja organisasi, setiap orang harus bekerja sesuai dengan seperangkat sasaran dan harapan kinerja yang disepakati dengan manajer mereka.

Kebijakan-kebijakan harus menyatakan komitmen eksplisit terhadap keseimbangan gender dengan staf dan relawan.

Kebijakan-kebijakan harus mempromosikan suatu lingkungan kerja yang terbuka, inklusif dan dapat diakses oleh penyandang disabilitas. Ini mungkin termasuk mengidentifikasi dan menghapuskan penghalang akses ke tempat bekerja; melarang diskriminasi berdasarkan disabilitas; mempromosikan peluang setara dan imbal jasa setara untuk kerja dengan nilai setara; dan memberikan penyesuaian masuk akal untuk penyandang disabilitas di tempat bekerja.

Mitra-mitra eksternal, kontraktor dan pemberi jasa juga harus mengetahui kebijakan dan kode etik yang diterapkan kepada mereka, juga konsekuensi ketidakpatuhan (seperti pemutusan kontrak).

Standar kinerja dan pengembangan kompetensi-kompetensi: Staf dan pemberi kerjanya adalah saling akuntabel untuk pengembangan keterampilan mereka - termasuk keterampilan manajemen. Dengan bantuan sasaran dan standar kinerja yang jelas, mereka harus memahami bahwa keterampilan, kompetensi dan pengetahuan disyaratkan untuk melaksanakan perannya saat ini. Mereka juga harus dapat menyadari peluang-peluang untuk bertumbuh dan berkembang yang mungkin tersedia atau disyaratkan. Kompetensi dapat ditingkatkan melalui pengalaman, pelatihan, pendampingan (mentoring) atau pembinaan.

Ada beragam metoda yang dapat digunakan untuk menilai keterampilan dan perilaku suatu anggota staf termasuk pengamatan, peninjauan hasil kerja, diskusi langsung dengan mereka dan mewawancarai rekan kerjanya. Penilaian kinerja teratur dicatat harus memungkinkan manajer mengidentifikasi bidang untuk dukungan dan pelatihan.

Kapasitas dan kemampuan staf: Sistem manajemen kepegawaian berbeda menurut lembaga dan konteks, namun harus diinformasikan melalui praktik baik. Mereka perlu dipertimbangkan dan direncanakan pada suatu tingkat strategis dengan dukungan manajemen senior. Organisasi dan rencana proyek harus mempertimbangkan kapasitas staf dan keseimbangan gender. Harus ada jumlah staf yang tepat dengan keterampilan yang tepat- di tempat yang tepat -pada saat yang tepat melaksanakan sasaran organisasi jangka pendek dan panjang.

Organisasi harus memastikan agar staf memiliki kompetensi yang diperlukan untuk mendukung, mendengarkan komunitas, pengambilan keputusan dan bertindak. Staf harus juga dilatih untuk menerapkan prosedur standar operasional karena ini memungkinkan pendelegasian tingkat lebih tinggi dan respons yang lebih cepat.

Jadwal tinjauan kinerja harus cukup luwes untuk menjangkau staf yang bekerja jangka pendek, juga yang dalam kontrak terbuka. Perhatian memadai harus diberikan terhadap kemampuan mendengarkan, memungkinkan inklusi, melancarkan dialog komunitas dan memungkinkan komunitas mengambil keputusan dan inisiatif. Mitra organisasi-organisasi harus sepakat mengenai kompetensi yang disyaratkan untuk staf untuk memenuhi komitmen yang disepakati.

Kebijakan dan prosedur staf: Gaya dan kerumitan kebijakan dan prosedur staf akan tergantung dari ukuran dan konteks setiap Lembaga. Namun mungkin organisasi sederhana atau kompleks, staf harus berpartisipasi dalam pengembangan dan tinjauan kebijakan bila memungkinkan untuk memastikan pandangan-pandangan mereka diwakili. Sebuah pedoman staf memberikan pengetahuan dan konsultasi mengenai kebijakan-kebijakan dan konsekuensi terhadap ketidakpatuhan.

Bimbingan staf: Setiap anggota staf harus mengidentifikasi tujuan individual yang mencakup aspirasi pekerjaannya dan kompetensi yang mereka harap dapat dikembangkan, dan mencatat ini dalam suatu rencana pengembangan.

Suatu respons yang tepat guna tidak hanya mengenai memastikan agar staf yang terampil hadir, namun juga tergantung cara bagaimana individu-individu seperti itu dikelola. Penelitian dari situasi darurat menunjukkan manajemen yang tepat guna, kerangka kerja dan prosedur juga penting, malah lebih penting daripada keterampilan petugas dalam memastikan suatu respons yang tepat guna.

Keselamatan dan kesejahteraan: Staf sering bekerja lama dalam situasi berisiko dan penuh tekanan. Salah satu tugas perawatan staf nasional dan internasionalnya mencakup tindakan-tindakan yang mempromosikan kesejahteraan jiwa dan fisik serta menghindari kelelahan, kejenuhan, cedera atau kelelahan jangka panjang.

Manajer dapat mempromosikan suatu tugas perawatan dengan pemodelan praktik baik dan membuat dirinya sendiri memenuhi kebijakan. Pekerja-pekerja kemanusiaan juga perlu bertanggung jawab sebagai pribadi untuk mengelola kesejahteraannya sendiri. Pertolongan psikologis pertama harus segera tersedia untuk pekerja-pekerja yang mengalami atau menyaksikan peristiwa yang sangat menyedihkan.

Latih staf untuk menerima informasi mengenai kejadian kekerasan seksual yang dialami oleh sejawat mereka. Memberikan akses untuk upaya penyelidikan dan pencegahan yang kuat yang mempromosikan kepercayaan dan akuntabilitas. Bilamana peristiwa terjadi, ambil pendekatan yang berpusat pada penyintas dalam dukungan medik dan psikososial, yang melibatkan pengenalan gejala trauma. Dukungan harus responsif dan inklusif terhadap kebutuhan staf asing dan staf nasional.

Seorang profesional kesehatan jiwa yang memahami dengan baik mengenai budaya dan bahasa, harus menghubungi semua staf nasional dan internasional serta relawan dalam waktu sebulan hingga tiga bulan setelah mereka selamat dari suatu peristiwa yang berpotensi traumatik. Profesional harus menilai penyintas dan merujuk mereka ke rawatan klinis jiwa bila diperlukan.



Komitmen 9

Komunitas dan warga terdampak krisis dapat mengharapkan agar organisasi yang membantu mereka mengelola sumber-sumber secara tepat guna, berdaya guna dan etis.

Kriteria mutu

Sumber-sumber dikelola dan digunakan secara bertanggung jawab sesuai peruntukannya.

Indikator-indikator kinerja

1. Komunitas dan warga terdampak krisis menyadari anggaran, pengeluaran dan hasil yang dicapai tingkat komunitas.
2. Komunitas dan warga terdampak krisis mempertimbangkan bahwa sumber-sumber yang tersedia digunakan untuk:
 - a. peruntukannya; dan
 - b. tanpa pengalihan atau pemborosan.
3. Sumber-sumber diperoleh untuk respons digunakan dan dipantau sesuai dengan rencana, sasaran, anggaran dan kerangka waktu yang disetujui.
4. Respons kemanusiaan disampaikan dengan suatu cara hemat.

Tindakan-tindakan kunci

- 9.1 Merancang program dan melaksanakan proses untuk memastikan pen-dayagunaan sumber-sumber, menyeimbangkan mutu, biaya dan ketepatan waktu setiap tahap aksi.**
- Mengadaptasi prosedur-prosedur dalam krisis yang terjadi secara cepat untuk memampukan pengambilan keputusan keuangan yang lebih cepat dan menghadapi tantangan-tantangan (sebagai contoh, suatu ketiadaan pemasok untuk melakukan penawaran bersaing).
- 9.2 Mengelola dan menggunakan sumber-sumber untuk mencapai tujuan yang disasar sehingga mengurangi pemborosan.**
- Memastikan staf dengan keterampilan dan sistem khusus ada di tempat untuk mengelola risiko-risiko yang berhubungan dengan penyediaan, bantuan berbasis tunai dan manajemen stok.
- 9.3 Memantau dan melaporkan pengeluaran dibandingkan dengan anggaran.**
- Membuat perencanaan dan sistem pemantauan keuangan untuk memastikan agar sasaran program dicapai, termasuk prosedur untuk memitigasi risiko manajemen keuangan utama.
 - Menelusuri seluruh transaksi keuangan.
- 9.4 Bila menggunakan sumber-sumber lokal dan alam, mempertimbangkan dampaknya terhadap lingkungan.**
- Melakukan suatu penilaian cepat dampak lingkungan untuk menentukan risiko dan melakukan mitigasi di tempat sedini mungkin dalam respons atau program.
- 9.5 Mengelola risiko korupsi dan mengambil langkah yang tepat bila teridentifikasi.**
- Mencatat kriteria pendanaan dan sumber-sumber pendanaan. Bersikap terbuka dan transparan mengenai informasi proyek.
 - Mendorong pemangku kepentingan-pemangku kepentingan untuk melaporkan penyalahgunaan kekuasaan.

Tanggung jawab organisasi

- 9.6 Kebijakan dan proses mengelola penggunaan dan sumber-sumber ada, termasuk cara organisasi:**
- a. Menerima dan mengalokasikan data serta pemberian berbentuk barang secara etis dan sah;
 - b. Menggunakan sumber-sumbernya dengan cara yang bertanggung jawab terhadap lingkungan;
 - c. Mencegah dan menangani korupsi, penggelapan, konflik kepentingan dan penyalahgunaan sumber-sumber;
 - d. Melakukan audit, verifikasi pencapaian dan melaporkan secara transparan;
 - e. Mengkaji, mengelola dan mitigasi risiko secara terus menerus; dan
 - f. Memastikan penerimaan sumber-sumber tidak mengkompromikan independensi.

Catatan-catatan panduan

Penggunaan sumber-sumber secara berdaya guna: Istilah “sumber-sumber” merujuk pada umpan-balik suatu kebutuhan organisasi untuk menyampaikan misinya. Ini meliputi dan tidak terbatas pada dana, staf, barang-barang, peralatan, waktu, tanah dan lingkungan secara umum.

Dalam suatu krisis akut yang parah, sering ada tekanan untuk merespons cepat dan untuk menunjukkan bahwa lembaga melakukan sesuatu untuk menangani situasi. Ini dapat mengarahkan ke perencanaan proyek yang buruk dan tekanan yang tidak memadai untuk menggali berbagai program potensial dan pilihan-pilihan keuangan (sebagai contoh, penggunaan bantuan berbasis tunai) yang mungkin menawarkan nilai uang yang lebih baik. Namun meningkatnya risiko korupsi dalam situasi ini berarti semakin pentingnya memberikan pelatihan dukungan terhadap staf serta membuat mekanisme pengaduan untuk mencegah korupsi dalam sistem. ⊕ Lihat Komitmen 3 dan 5.

Menempatkan staf senior yang berpengalaman selama waktu ini dapat membantu mengurangi risiko dan mencapai keseimbangan antara memberikan respons yang tepat waktu, mempertahankan standar, dan membatasi pemborosan.

Kolaborasi dan koordinasi antara organisasi (dan komunitas) juga dapat berkontribusi pada respons yang lebih efisien (misalnya, dengan melakukan penilaian atau evaluasi bersama dan mendukung sistem pendaftaran dan logistik antar lembaga).

Di akhir proyek, aset dan sumber daya yang tersisa perlu disumbangkan, dijual, atau dikembalikan secara bertanggung jawab.

Menggunakan sumber-sumber sesuai peruntukannya: Seluruh pelaku kemanusiaan akuntabel terhadap donor dan penduduk terdampak serta harus mampu menunjukkan bahwa sumber-sumber sudah digunakan secara bijak, berdaya guna dan berakibat baik.

Catatan keuangan harus memenuhi standar-standar nasional dan/atau internasional serta harus dapat diterapkan secara sistematis dalam organisasi.

Penggelapan, korupsi dan pemborosan mengalihkan sumber-sumber menjauh dari yang sangat membutuhkannya. Namun suatu intervensi yang tidak tepat guna sebab kekurangan staf atau kurang sumber tidak dapat dinyatakan sebagai akuntabel. Faktor ekonomi tidak harus selalu setara nilainya dengan uang. Suatu keseimbangan akan sering diperlukan untuk membedakan antara ekonomis, efektif, dan efisiensi.

Memantau dan melaporkan pengeluaran: Semua anggota staf berbagi tanggung jawab untuk memastikan agar keuangan dikelola dengan baik. Staf didorong untuk melaporkan setiap dugaan penggelapan, korupsi atau penyalahgunaan sumber-sumber.

Dampak lingkungan dan penggunaan sumber-sumber alam: Respons kemanusiaan dapat berdampak buruk terhadap lingkungan. Sebagai contoh, respons dapat menghasilkan limbah dalam jumlah besar, kerusakan sumber-sumber alam, menyumbang pengurangan atau pencemaran sumber air dan menyebabkan penggundulan hutan serta ancaman-ancaman lingkungan lainnya. Ekosistem penting untuk kesejahteraan manusia dan penyangga terhadap ancaman-ancaman fenomena alamiah. Setiap dampak terhadap lingkungan harus ditangani sebagai suatu isu lintas sektor, karena ini dapat mengakibatkan kerusakan lebih lanjut dan mengakhiri kehidupan, kesehatan dan mata pencarian. Melibatkan warga terdampak dan keprihatinan mereka dalam proses ini adalah kunci pemecahan masalah. Mendukung manajemen sumber alam setempat harus dipadukan ke dalam program.



Mengelola risiko-risiko korupsi: Definisi dan pemahaman praktik-praktik korupsi tidak sama dalam semua budaya. Suatu definisi yang jelas mengenai perilaku korupsi diperlukan oleh staf (termasuk relawan) dan mitra-mitra adalah dasar untuk menangani risiko ini. ⊕ Lihat Komitmen 8. Melibatkan dengan hormat anggota komunitas dan membentuk mekanisme pemantauan di tempat serta transparansi terhadap para pemangku kepentingan dapat membantu mengurangi risiko-risiko korupsi.

Hadiah dalam bentuk barang: Dapat menciptakan dilemma etika. Pemberian hadiah dalam banyak budaya adalah suatu nilai sosial yang penting dan menolak suatu pemberian akan dianggap kasar. Ketika menerima pemberian menyebabkan suatu rasa hutang, penerima harus secara sopan menolaknya. Ketika ini diterima, pentinglah menyatakan dan mendiskusikan hal ini dengan seorang manajer ketika masih ada keprihatinan. Memitigasi risiko terhadap independensi operasional dan imparialitas organisasi dengan membuat panduan untuk staf dan mendorong transparansi. Staf harus dibuat sadar kebijakan dan dilema yang mungkin muncul.

Sumber-sumber alam dan dampak lingkungan: Organisasi harus berkomitmen terhadap kebijakan dan praktik-praktik ramah lingkungan (termasuk suatu rencana aksi dan penilaian cepat dampak lingkungan) dan menggunakan pedoman yang ada untuk membantu menangani isu-isu lingkungan dalam suatu kedaruratan. Kebijakan penyediaan ramah lingkungan membantu pengurangan dampak terhadap lingkungan namun perlu dikelola dengan suatu cara yang mengurangi keterlibatan dalam penyampaian bantuan.

Korupsi dan penggelapan: Penggelapan termasuk pencurian, pengalihan barang-barang atau harta benda serta pemalsuan catatan seperti penagihan pengeluaran. Setiap organisasi harus menyimpan suatu catatan akurat transaksi keuangan untuk menunjukkan bagaimana dana setelah digunakan. Buat sistem dan prosedur untuk memastikan pengendalian internal sumber-sumber keuangan dan mencegah penggelapan dan korupsi.

Organisasi-organisasi harus mendukung pengakuan praktik baik dalam manajemen keuangan dan pelaporan. Kebijakan organisasi harus juga memastikan bahwa sistem penyediaan transparan dan kuat serta memadukan upaya-upaya anti-terorisme.

Konflik kepentingan: Staf harus memastikan bahwa tidak ada konflik antara tujuan organisasi dan diri mereka atau kepentingan keuangan. Sebagai contoh, mereka harus tidak memberikan kontrak kepada para pemasok, organisasi-organisasi atau para perorangan ketika mereka atau keluarganya mendapatkan keuntungan keuangan.

Ada beragam bentuk konflik kepentingan, dan warga tidak selalu mengakui bahwa mereka bertentangan dengan kode etik dan kebijakan organisasi. Sebagai contoh, menggunakan sumber-sumber organisasi tanpa ijin atau menerima pemberian dari seorang pemasok mungkin dapat ditafsirkan sebagai suatu konflik kepentingan.

Ciptakan suatu budaya penduduk merasa bila mereka dapat mendiskusikan dan menyatakan secara terbuka setiap potensi atau konflik kepentingan yang ada sebagai kunci untuk mengelola konflik kepentingan.

Audit dan transparansi: Audit dapat dilakukan berbagai bentuk. Audit internal memeriksa prosedur telah dipatuhi. Audit eksternal melakukan verifikasi apakah pernyataan keuangan organisasi benar dan adil. Suatu penyelidikan audit memutuskan apabila sebuah organisasi diduga memiliki masalah khusus, biasanya penggelapan.

Lampiran

Pertanyaan-pertanyaan panduan untuk memantau tindakan-tindakan kunci dan tanggung jawab organisasi

Di bawah ini beberapa pertanyaan-pertanyaan panduan yang berhubungan dengan tindakan-tindakan kunci dan tanggung jawab organisasi Standar Kemanusiaan Inti. Pertanyaan-pertanyaan ini dapat digunakan untuk mendukung perancangan program atau sebagai suatu alat untuk meninjau sebuah proyek, respons atau kebijakan.

Komitmen 1. Komunitas dan warga terdampak krisis menerima bantuan yang cocok sesuai kebutuhannya.

Pertanyaan-pertanyaan panduan untuk memantau tindakan-tindakan kunci

1. Apakah suatu pengkajian kapasitas dan kebutuhan yang lengkap dan konsultatif telah dilakukan dan menggunakan menginformasikan perencanaan respons?
2. Apakah warga dan komunitas terdampak, institusi setempat dan pemangku kepentingan lain (termasuk perwakilan kelompok-kelompok perempuan, laki-laki, anak-anak perempuan dan anak-anak laki-laki) dikonsultasikan ketika menilai ragam kebutuhan, risiko, kapasitas, kerentanan dan konteks? Apakah data penilaian dan pemantauan terpilah berdasarkan jenis kelamin, usia dan disabilitas?
3. Bagaimana kelompok berisiko telah diidentifikasi?
4. Apakah isu-isu lapis sanding telah dipertimbangkan dalam analisis kebutuhan-kebutuhan dan konteks?
5. Apakah respons memberikan bantuan dengan cara mengadaptasi kebutuhan-kebutuhan dan kesukaan-kesukaan penduduk terdampak (sebagai contoh, barang, tunai)?
6. Apakah ada jenis-jenis bantuan yang berbeda-beda dan perlindungan terhadap kelompok-kelompok demografis yang berbeda?

Apakah aksi-aksi yang dilakukan mengadaptasi strategi respons terhadap kelompok-kelompok demografis berbeda-beda, berdasarkan perubahan kebutuhan-kebutuhan, risiko-risiko dan konteks?

Pertanyaan-pertanyaan panduan untuk memantau tanggung jawab organisasi

1. Apakah organisasi memiliki suatu kebijakan komitmen berbasis hak, aksi kemanusiaan yang imparial dan independen, serta anggota staf menyadarinya?
2. Apakah pemangku kepentingan yang relevan melihat organisasi sebagai imparial, independen dan tidak diskriminatif?
3. Apakah proses kerja meliputi mekanisme yang secara konsisten mengumpulkan data terpilah berdasarkan jenis kelamin, usia, disabilitas dan karakteristik lain yang relevan?
4. Apakah data ini digunakan secara teratur dalam memandu perancangan program dan pelaksanaan?
5. Apakah organisasi memiliki pendanaan, kebijakan staf dan keluwesan dalam penyusunan program untuk mengadaptasi respons terhadap perubahan kebutuhan-kebutuhan?
6. Apakah organisasi secara sistematis melakukan analisis pasar untuk menentukan bentuk bantuan yang tepat?



Komitmen 2. Komunitas dan warga terdampak krisis mempunyai akses terhadap bantuan kemanusiaan yang mereka perlukan pada waktu yang tepat.

Pertanyaan-pertanyaan panduan untuk memantau tindakan-tindakan kunci

1. Apakah kendala seperti penghalang fisik atau diskriminasi dan risiko-risiko secara teratur diidentifikasi dan dianalisis, serta rencana-rencana diadaptasi sesuai hal itu bersama warga terdampak?
2. Apakah perencanaan mempertimbangkan waktu terbaik untuk kegiatan-kegiatan memperhitungkan cuaca, musim, faktor-faktor sosial, kemudahan akses atau konflik?
3. Apakah penundaan dalam pelaksanaan rencana-rencana dan kegiatan dipantau dan ditangani?
4. Apakah sistem peringatan dini dan rencana kontingensi digunakan?
5. Apakah standar teknis yang diakui digunakan dan dicapai?
6. Apakah kebutuhan-kebutuhan tidak terpenuhi untuk diidentifikasi dan ditangani?
7. Apakah hasil-hasil pemantauan digunakan untuk mengadaptasi program-program?

Pertanyaan-pertanyaan panduan untuk memantau tanggung jawab organisasi

1. Adakah proses yang jelas untuk menilai apakah organisasi memiliki kesanggupan, keuangan dan staf yang memadai untuk ditugaskan sebelum membuat komitmen program?
2. Adakah kebijakan yang jelas, proses dan sumber-sumber di tempat untuk mendukung pemantauan dan evaluasi serta menggunakan hasil untuk manajemen dan pengambilan keputusan? Apakah hal itu diketahui oleh staf?
3. Apakah ada proses yang jelas menentukan tanggung jawab dan jangka waktu untuk pengambilan keputusan mengenai alokasi sumber-sumber?

Komitmen 3. Komunitas dan warga terdampak krisis tidak mendapat akibat buruk dan lebih siap, tangguh dan lebih kurang berisiko sebagai hasil aksi kemanusiaan.

Pertanyaan-pertanyaan panduan untuk memantau tindakan-tindakan kunci

1. Bagaimana kapasitas dan kemampuan setempat untuk ketangguhan (struktur, organisasi-organisasi, kelompok-kelompok informal, tokoh pemimpin dan jejaring pendukung) telah diidentifikasi dan ada rencana untuk menguatkan kapasitas ini?
2. Apakah informasi yang ada mengenai risiko, ancaman, kerentanan dan rencana-rencana terkait digunakan dalam kegiatan menyusun program?
3. Apakah program telah mempertimbangkan cara layanan dapat diberikan oleh masyarakat sipil setempat, pemerintah atau badan sektor usaha? Adakah rencana-rencana untuk mendukung badan-badan ini bila mengambil alih pemberian layanan yang relevan?
4. Apakah strategi-strategi dan aksi-aksi untuk mengurangi risiko dan membangun ketangguhan dirancang dalam konsultasi dengan, atau dipandu oleh warga dan komunitas terdampak?
5. Dengan cara apa (baik resmi dan informal) pemimpin dan/atau pihak berwenang setempat dikonsultasikan untuk memastikan strategi-strategi respons selaras dengan prioritas-prioritas setempat dan/atau nasional?

6. apakah staf secara memadai mendukung inisiatif setempat, termasuk inisiatif membantu diri sendiri berbasis komunitas, secara khusus untuk kelompok-kelompok yang dipinggirkan dan minoritas, respons pertama dan pengembangan kapasitas untuk respons di masa mendatang?
7. Apakah respons dirancang untuk melancarkan pemulihan dini?
8. Adakah kepemilikan dan pengambilan keputusan progresif oleh penduduk setempat?
9. Apakah suatu penilaian pasar telah dilengkapi, mengidentifikasi dampak program yang mungkin terjadi terhadap ekonomi setempat?
10. Apakah suatu strategi peralihan dan penghentian telah dikembangkan dalam konsultasi dengan penduduk terdampak dan pemangku kepentingan lain yang relevan?

Pertanyaan-pertanyaan panduan untuk memantau tanggung jawab organisasi

1. Adakah kebijakan yang mensyaratkan keputusan penilaian risiko-risiko dan upaya pengurangan risiko terhadap penduduk rentan dalam wilayah program organisasi? Apakah kebijakan ini diketahui oleh staf?
2. Apakah ada kebijakan dan prosedur untuk menilai dan memitigasi akibat buruk respons? Apakah kebijakan ini diketahui oleh staf?
3. Adakah kebijakan dan prosedur terkait situasi eksploitasi seksual, penyalahgunaan atau diskriminasi, termasuk berdasarkan orientasi seksual atau karakteristik lain? Apakah diketahui staf?
4. Adakah rencana kontingensi untuk merespons krisis yang baru atau yang berkembang? Apakah diketahui staf?
5. Apakah staf memahami apa yang diharapkan dari mereka mengenai isu perlindungan, keamanan dan risiko-risiko?
6. Apakah organisasi memungkinkan dan mempromosikan aksi yang dipimpin komunitas dan membantu diri sendiri?



Komitmen 4. Komunitas dan warga terdampak krisis mengetahui hak dan pembagiannya, mempunyai akses terhadap informasi dan terlibat dalam pengambilan keputusan yang berdampak pada mereka.

Pertanyaan-pertanyaan panduan untuk memantau tindakan-tindakan kunci

1. Apakah informasi mengenai organisasi dan respons yang diberikan dengan cara yang dapat diakses dan tepat kepada kelompok-kelompok terdampak yang berbeda-beda?
2. Dapatkah perempuan, laki-laki, anak-anak perempuan dan anak-anak laki-laki (khususnya mereka yang dipinggirkan dan rentan) mengakses informasi yang diberikan, apakah mereka memahaminya?
3. Apakah pandangan penduduk terdampak, termasuk yang sangat rentan dan dipinggirkan, diminta dan digunakan untuk memandu perancangan dan pelaksanaan program?
4. Apakah semua kelompok di dalam komunitas terdampak menyadari cara memberikan umpan balik dalam respons kemanusiaan, dan apakah mereka merasa aman menggunakan saluran-saluran itu?
5. Apakah umpan balik digunakan? Dapatkah program menunjuk elemen yang telah berubah berdasarkan umpan balik? ☹ Lihat Tindakan-tindakan kunci 1.3 dan 2.5.

6. Apakah hambatan memberikan umpan balik diidentifikasi dan ditangani?
7. Apakah data yang diberikan melalui mekanisme umpan balik dipilah berdasarkan jenis kelamin, usia, disabilitas dan penggolongan lain yang relevan?
8. Ketika bantuan diberikan melalui transfer elektronik, apakah saluran umpan balik tersedia untuk penduduk, bahkan ketika mereka tidak mempunyai kontak langsung dengan staf?

Pertanyaan-pertanyaan panduan untuk memantau tanggung jawab organisasi

1. Apakah kebijakan dan rencana program mencakup ketentuan untuk berbagi informasi, termasuk kriteria jenis informasi yang harus dan tidak harus dibagikan? Apakah ketentuan itu diketahui staf?
2. Apakah kebijakan dan rencana program meliputi perlindungan data? Adakah kriteria untuk penyimpanan data yang aman (dalam lemari besi terkunci untuk cetakan, dan kata sandi melindungi dokumen-dokumen elektronik), akses terbatas, penghancuran data dalam kasus evakuasi dan protokol berbagi informasi? Apakah protokol-protokol itu memerinci jenis informasi yang harus dibagikan, dengan siapa dalam situasi apa? Perlu diingat bahwa informasi hanya dibagikan berdasarkan prinsip perlu diketahui yang ketat dan wajib membebaskan dari unsur rincian atau sejarah kasus, kecuali diperlukan.
3. Apakah kebijakan meliputi cara menangani informasi rahasia atau peka atau yang berpotensi dapat membuat staf atau warga terdampak berisiko? Apakah diketahui staf?
4. Adakah kebijakan komitmen dan pedoman mengenai cara penduduk terdampak diwakili dalam komunikasi eksternal atau bahan-bahan penggalangan dana? Apakah diketahui staf?

Komitmen 5. Komunitas dan warga terdampak krisis mempunyai akses terhadap mekanisme penanganan pengaduan yang aman dan responsif.

Pertanyaan-pertanyaan panduan untuk memantau tindakan-tindakan kunci

1. Apakah komunitas dan penduduk terdampak krisis dikonsultasikan mengenai rancangan mekanisme pengaduan?
2. Apakah pilihan semua kelompok demografis dipertimbangkan, khususnya yang berkaitan dengan keamanan dan kerahasiaan, dalam merancang proses penanganan aduan?
3. Apakah informasi diberikan dan dipahami oleh semua kelompok demografis mengenai cara kerja mekanisme pengaduan dan bentuk keluhan yang dapat disampaikan?
4. Adakah kesepakatan dan kerangka waktu untuk menyelidiki dan menangani pengaduan? Apakah ada pencatatan waktu antara suatu pengaduan disampaikan dan ditangani?
5. Apakah pengaduan mengenai eksploitasi seksual, penyalahgunaan dan diskriminasi segera diselidiki oleh staf dengan kompetensi yang relevan dan mempunyai tingkat kewenangan yang tepat?

Pertanyaan-pertanyaan panduan untuk memantau tanggung jawab organisasi

1. Apakah ada kebijakan, anggaran dan prosedur khusus untuk menangani pengaduan?
2. Apakah semua staf diberi pengenalan dan pelatihan penyegaran mengenai kebijakan dan prosedur organisasi tentang penanganan pengaduan?

3. Apakah kebijakan penanganan pengaduan organisasi mencakup penanganan eksploitasi seksual, penyalahgunaan dan diskriminasi?
4. Apakah kebijakan komitmen dan prosedur organisasi untuk mencegah eksploitasi seksual, penyalahgunaan dan diskriminasi dibagikan kepada penduduk terdampak?
5. Apakah pengaduan yang tidak dapat ditangani oleh organisasi dirujuk pada waktu yang tepat kepada organisasi-organisasi relevan lainnya?

Komitmen 6. Komunitas dan warga terdampak krisis menerima bantuan yang terkoordinasi dan melengkapi.

Pertanyaan-pertanyaan panduan untuk memantau tindakan-tindakan kunci

1. Apakah informasi mengenai kompetensi, sumber-sumber dan wilayah kerja geografis serta sektor pekerjaan organisasi dibagikan pada waktunya dengan pihak lain yang merespons krisis?
2. Apakah informasi mengenai kompetensi, sumber-sumber dan cakupan geografis serta sektor pekerjaan organisasi-organisasi lain, termasuk pihak berwenang setempat dan nasional diakses dan digunakan?
3. Apakah struktur koordinasi yang ada sudah diidentifikasi dan didukung?
4. Apakah program-program organisasi-organisasi lain dan pihak berwenang dipertimbangkan ketika merancang, merencanakan dan melaksanakan program?
5. Apakah kesenjangan dan tumpang tindih cakupan diidentifikasi dan ditangani?

Pertanyaan-pertanyaan panduan untuk memantau tanggung jawab organisasi

1. Adakah terdapat informasi yang akurat dalam kebijakan dan atau strategi-strategi organisasi untuk bekerjasama dengan pelaku-pelaku lain?
2. Apakah kriteria atau kondisi untuk pemilihan mitra, kerjasama dan koordinasi sudah dibuat?
3. Apakah ada pengaturan kemitraan resmi?
4. Apakah perjanjian kemitraan mencakup definisi yang jelas mengenai peran, tanggung jawab dan komitmen setiap mitra, meliputi cara setiap mitra akan berkontribusi dalam pemenuhan prinsip-prinsip kemanusiaan?



Komitmen 7. Komunitas dan warga terdampak krisis dapat berharap penyampaian bantuan yang diperbaiki karena organisasi belajar dari pengalaman dan refleksi.

Pertanyaan-pertanyaan panduan untuk memantau tindakan-tindakan kunci

1. Apakah ragam evaluasi dan tinjauan respons krisis bencana yang sama dikonsultasikan dan dimasukkan, bila relevan, dalam perancangan program?
2. Apakah pemantauan, evaluasi, umpan balik dan proses penanganan pengaduan mengarah ke perubahan dan/atau inovasi perancangan dan pelaksanaan program?
3. Apakah pembelajaran dicatat secara sistematis?
4. Apakah sistem khusus digunakan untuk membagikan pembelajaran dengan pemangku kepentingan yang relevan, termasuk penduduk terdampak dan mitra-mitra?

Pertanyaan-pertanyaan panduan untuk memantau tanggung jawab organisasi

1. Apakah ada kebijakan dan sumber-sumber untuk evaluasi dan pembelajaran? Apakah diketahui staf?

2. Adakah panduan yang jelas untuk pencatatan dan penyebaran pembelajaran, termasuk panduan khusus yang dapat diterapkan dalam krisis kemanusiaan?
3. Apakah pembelajaran diidentifikasi di tingkat program, dicatat dan dibagikan dalam organisasi?
4. Apakah organisasi anggota aktif forum pembelajaran dan inovasi? Bagaimana organisasi berkontribusi dalam forum-forum ini?

Komitmen 8. Komunitas dan warga terdampak krisis menerima bantuan yang diperlukan dari staf dan relawan yang kompeten dan dikelola baik.

Pertanyaan-pertanyaan panduan untuk memantau tindakan-tindakan kunci

1. Apakah mandat dan nilai-nilai organisasi dikomunikasikan kepada staf baru?
2. Apakah kinerja staf dikelola, kinerja yang tidak memadai dan kinerja yang baik diakui?
3. Apakah staf menandatangani suatu kode etik atau dokumen mengikat lainnya? Kalau ya, apakah pemahamannya mengenai kebijakan didukung dengan pelatihan mengenai hal itu atau dengan kebijakan lain?
4. Apakah ada pengaduan diterima mengenai staf atau staf mitra? Bagaimana penanganannya?
5. Apakah staf menyadari dukungan yang tersedia untuk mengembangkan kompetensi yang disyaratkan untuk peran mereka, dan apakah mereka menggunakannya?

Pertanyaan-pertanyaan panduan untuk memantau tanggung jawab organisasi

1. Adakah ada prosedur untuk mengkaji kebutuhan sumber daya manusia berhubungan dengan ukuran dan jangkauan program?
2. Apakah ada perencanaan organisasi untuk memenuhi kebutuhan kepemimpinan di masa depan dan untuk mengembangkan bakat yang baru?
3. Apakah kebijakan dan prosedur tentang staf sesuai hukum ketenagakerjaan setempat dan mengikuti praktik baik yang diakui dalam pengelolaan staf?
4. Apakah perlindungan staf dan kebijakan kesejahteraan mencakup kebutuhan praktis dan dukungan psikososial staf yang mungkin pernah secara pribadi terdampak oleh krisis?
5. Apakah *soft skills* mendukung kesanggupan staf untuk mendengarkan dan menerima umpan balik dari warga terdampak krisis dipertimbangkan pada saat perekrutan, pelatihan dan penilaian staf?
6. Apakah semua staf memiliki rincian dan sasaran kerja mutakhir, termasuk tanggung jawab khusus?
7. Apakah struktur kompensasi dan tunjangan adil, terbuka dan diterapkan secara konsisten?
8. Apakah semua staf dikenalkan dan dimutakhirkan mengenai manajemen dan kebijakan dan prosedur pengembangan staf?
9. Apakah semua staf (dan kontraktor) disyaratkan untuk menandatangani kode etik (yang mencakup pencegahan eksploitasi dan penyalahgunaan seksual) dan diberikan suatu pengenalan yang tepat mengenai kode etik?

10. Adakah suatu pernyataan/klausul/kode etik yang jelas masuk dalam kontrak dengan penyedia jasa keuangan dan pelaku komersial untuk mencegah eksploitasi seksual dan lainnya?
11. Apakah organisasi mempunyai pedoman khusus-lokasi untuk suatu mekanisme pengaduan internal? Apakah ini diketahui staf?
12. Apakah anggota staf memahami, mengakui dan menanggapi diskriminasi dalam program dan kegiatan mereka sendiri?

Komitmen 9. Komunitas dan warga terdampak krisis dapat mengharapkan agar organisasi yang membantu mereka mengelola sumber-sumber secara tepat guna, berdaya guna dan etis.

Pertanyaan-pertanyaan panduan untuk memantau tindakan-tindakan kunci

1. Apakah staf mengikuti protokol organisasi untuk keputusan-keputusan terkait pembelian?
2. Apakah pembelanjaan dipantau secara teratur dan apakah laporan dibagikan ke seluruh manajemen program?
3. Apakah penyediaan layanan dan barang-barang menggunakan suatu proses sistem penawaran bersaing?
4. Apakah potensi dampak terhadap lingkungan (air, tanah, udara, keragaman hayati) dipantau dan tindakan dilakukan untuk memitigasi?
5. Adakah sebuah prosedur pelaporan pelanggaran (*whistleblowing*) yang aman dan diketahui staf, penduduk terdampak dan pemangku kepentingan lain?
6. Apakah penghematan dan dampak sosial dipantau?

Pertanyaan-pertanyaan panduan untuk memantau tanggung jawab organisasi

1. Adakah kebijakan dan prosedur untuk penyediaan, penggunaan dan manajemen sumber-sumber yang etis?
2. Apakah ini meliputi ketentuan untuk:
 - penerimaan dan alokasi dana?
 - penerimaan dan alokasi pemberian barang?
 - mitigasi dan pencegahan dampak lingkungan?
 - pencegahan penggelapan, penanganan dugaan dan terbukti korupsi dan penyalahgunaan sumber-sumber?
 - konflik kepentingan?
 - audit, verifikasi dan pelaporan?
 - pengkajian risiko dan manajemen aset?



Rujukan dan Bacaan Lebih Lanjut

Sumber-sumber tambahan dari Standar Kemanusiaan Inti: *corehumanitarian-standard.org*

CHS Alliance: www.chsalliance.org

CHS Quality Compass: www.urd.org

Overseas Development Institute (ODI): www.odi.org

Akuntabilitas

Child Protection Minimum Standards (CPMS). Global Child Protection Working Group, 2010. <http://cpwg.net>

Complaints Mechanism Handbook. ALNAP, Danish Refugee Council, 2008. www.alnap.org
Guidelines on Setting Up a Community Based Complaints Mechanism Regarding Sexual-Exploitation and Abuse by UN and non-UN Personnel. PSEA Task Force, IASC Taskforce, 2009. www.pseataaskforce.org

Humanitarian inclusion standards for older people and people with disabilities. Age and Disability Consortium, 2018. www.refworld.org

Lewis, T. *Financial Management Essentials: Handbook for NGOs*. Mango, 2015. www.mango.org

Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS). LEGS Project, 2014. <https://www.livestock-emergency.net>

Minimum Economic Recovery Standards (MERS). SEEP Network, 2017. <https://seepnetwork.org>

Minimum Standards for Education: Preparedness, Recovery and Response. The Inter-Agency Network for Education in Emergencies INEE, 2010. www.ineesite.org

Minimum Standard for Market Analysis (MISMA). The Cash Learning Partnership (CaLP), 2017. www.cashlearning.org

Munyas Ghadially, B. *Putting Accountability into Practice*. Resource Centre, Save the Children, 2013. <http://resourcecentre.savethechildren.se>

Top Tips for Financial Governance. Mango, 2013. www.mango.org

Hees, R. Ahlendorf, M. Debere, S. *Handbook of Good Practices: Preventing Corruption in Humanitarian Operations*. Transparency International, 2010. www.transparency.org/whatwedo/publication/handbook_of_good_practices_preventing_corruption_in_humanitarian_operations

Value for Money: What it Means for UK NGOs (background paper). Bond, 2012. www.bond.org.uk/data/files/Value_for_money_-_what_it_means_for_NGOs_Jan_2012.pdf

Kinerja Pekerja Kemanusiaan

A Handbook for Measuring HR Effectiveness. CHS Alliance, 2015. <http://chsalliance.org>

Building Trust in Diverse Teams: The Toolkit for Emergency Response. ALNAP, 2007. www.alnap.org

Protection Against Sexual Exploitation and Abuse (PSEA). OCHA. <https://www.unocha.org>

Protection from Sexual Exploitation and Abuse. CHS Alliance. <https://www.chsalliance.org>

Rutter, L. *Core Humanitarian Competencies Guide: Humanitarian Capacity Building Throughout the Employee Life Cycle*. NGO Coordination Resource Centre, CBHA, 2011. <https://ngocoordination.org>

World Health Organization, War Trauma Foundation and World Vision International. *Psychological First Aid: Guide for Field Workers*. WHO Geneva, 2011. www.who.int

Centre of Excellence – Duty of Care: An Executive Summary of the Project Report. CHS Alliance, 2016. <https://www.chsalliance.org/files/files/Resources/Articles-and-Research/Duty%20of%20Care%20-%20Summary%20Report%20April%202017.pdf>

CHS Alliance and Start, A. *HR Metrics Dashboard: A Toolkit*. CHS Alliance, 2016. www.chsalliance.org/files/files/Resources/Tools-and-guidance/CHS-Alliance-HR-metrics-dashboard-toolkit.pdf

CHS Alliance and Lacroix, E. *Human Resources Toolkit for Small and Medium Nonprofit Actors*. CHS Alliance, 2017. www.chsalliance.org/files/files/Resources/Tools-and-guidance/HR%20Toolkit%20-%202017.pdf

Debriefing: Building Staff Capacity. CHS Alliance, People In Aid, 2011. <http://chsalliance.org/files/files/Resources/Case-Studies/Debriefing-building-staff-capacity.pdf>

Nightingale, K. *Building the Future of Humanitarian Aid: Local Capacity and Partnerships in Emergency Assistance*. Christian Aid, 2012. www.christianaid.org.uk/resources/about-us/building-future-humanitarian-aid-local-capacity-and-partnerships-emergency

PSEA Implementation Quick Reference Handbook. CHS Alliance, 2017. www.chsalliance.org/what-we-do/psea/psea-handbook

Penilaian

Humanitarian Needs Assessment: The Good Enough Guide. ACAPS and ECB, 2014. www.acaps.org

Multi-sector Initial Rapid Assessment Manual (revised July 2015). IASC, 2015. <https://inter-agencystandingcommittee.org>

Participatory assessment, in Participation Handbook for Humanitarian Field Workers (Chapter 7). ALNAP and Groupe URD, 2009. <http://urd.org>

Respons berbasis tunai

Blake, M. Propson, D. Monteverde, C. *Principles on Public-Private Cooperation in Humanitarian Payments*. CaLP, World Economic Forum, 2017. www.cashlearning.org

Cash or in-kind? Why not both? Response Analysis Lessons from Multimodal Programming. Cash Learning Partnership, July 2017. www.cashlearning.org

Martin-Simpson, S. Grootenhuis, F. Jordan, S. *Monitoring4CTP: Monitoring Guidance for CTP in Emergencies*. Cash Learning Partnership, 2017. www.cashlearning.org

Anak-anak

Child Safeguarding Standards and how to implement them. Keeping Children Safe, 2014. www.keepingchildrensafe.org

Koordinasi

Knox Clarke, P. Campbell, L. *Exploring Coordination in Humanitarian Clusters*. ALNAP, 2015. <https://reliefweb.int>

Reference Module for Cluster Coordination at the Country Level. Humanitarian Response, IASC, 2015. www.humanitarianresponse.info



Rancangan dan Respons

The IASC Humanitarian Programme Cycle. Humanitarian Response. www.humanitarianresponse.info

Camp Management Toolkit. Norwegian Refugee Council, 2015. <http://cmtoolkit.org/>

IASC Reference Module for the Implementation of The Humanitarian Programme Cycle (Version 2.0). IASC, 2015. <https://interagencystandingcommittee.org/iasc-transformative-agenda/documents-public/iasc-reference-module-implementation-humanitarian>

Penyandang Disabilitas

Convention on the Rights of Persons with Disabilities. United Nations. <https://www.un.org>

Washington Group on Disability Statistics and sets of disability questions. Washington Group. www.washingtongroup-disability.com

Lingkungan

Environment and Humanitarian Action: Increasing Effectiveness, Sustainability and Accountability. UN OCHA/UNEP, 2014. www.unocha.org

The Environmental Emergencies Guidelines, 2nd edition. Environment Emergencies Centre, 2017. www.eecentre.org

Training toolkit: Integrating the environment into humanitarian action and early recovery. UNEP, Groupe URD. <http://postconflict.unep.ch>

Environment and Humanitarian Action (factsheet). OCHA and UNEP, 2014. www.unocha.org/sites/dms/Documents/EHA_factsheet_final.pdf

Gender

Mazurana, D. Benelli, P. Gupta, H. Walker, P. Sex and Age Matter: Improving Humanitarian Response in Emergencies. ALNAP, 2011, Feinstein International Center, Tufts University.

Women, Girls, Boys and Men: Different Needs, Equal Opportunities, A Gender Handbook for Humanitarian Action. IASC, 2006. <https://interagencystandingcommittee.org>

Kekerasan berbasis Gender

Guidelines for Integrating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Action: Reducing risk, promoting resilience, and aiding recovery. GBV Guidelines, IASC, 2015. <http://gbvguidelines.org>

Handbook for Coordinating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Settings. United Nations, UNICEF, November 2010. <https://www.un.org>

Respons Kemanusiaan berpusat Warga

Bonino, F. Jean, I. Knox Clarke, P. Closing the Loop – Effective Feedback in Humanitarian Contexts. ALNAP, March 2014, London. www.alnap.org

Participation Handbook for Humanitarian Field Workers. Groupe URD, ALNAP, 2009. www.alnap.org

What is VCA? An Introduction to Vulnerability and Capacity Assessment. IFRC, 2006, Geneva. www.ifrc.org

A Red Cross Red Crescent Guide to Community Engagement and Accountability (CEA): Improving Communication, Engagement and Accountability in All We Do. IFRC, 2016. <http://media.ifrc.org/ifrc/wp-content/uploads/sites/5/2017/01/CEA-GUIDE-2401-High-Resolution-1.pdf>

Communication Toolbox: Practical Guidance for Program Managers to Improve Communication with Participants and Community Members. Catholic Relief Services, 2013. www.crs.org/our-work-overseas/research-publications/communication-toolbox

How to Use Social Media to Better Engage People Affected by Crises. FRC, 2017. <http://media.ifrc.org/ifrc/document/use-social-media-better-engage-people-affected-crises/>

Infosaid Diagnostic Tools. CDAC Network, 2012. www.cdacnetwork.org/tools-and-resources/i/20140626100739-b0u7q

Infosaid E-learning course. CDAC Network, 2015. www.cdacnetwork.org/learning-centre/e-learning/

Kinerja, Pemantauan dan Evaluasi

Catley, A. Burns, J. Abebe, D. Suji, O. *Participatory Impact Assessment: A Design Guide.* Tufts University, March 2014, Feinstein International Center, Somerville. <http://fic.tufts.edu>

CHS Alliance and Start, A. *Building an Organisational Learning & Development Framework: A Guide for NGOs.* CHS Alliance, 2017. www.chsalliance.org

Hallam, A. Bonino, F. *Using Evaluation for a Change: Insights from Humanitarian Practitioners.* ALNAP Study, October 2013, London. www.alnap.org

Project/Programme Monitoring and Evaluation (M&E) Guide. ALNAP, IRCS, January 2011. <https://www.alnap.org>

Sphere for Monitoring and Evaluation. The Sphere Project, March 2015. www.sphereproject.org

Buchanan-Smith, M. Cosgrave, J. *Evaluation of Humanitarian Action: Pilot Guide.* ALNAP, 2013. www.alnap.org/help-library/evaluation-of-humanitarian-action-pilot-guide

Norman, B. *Monitoring and Accountability Practices for Remotely Managed Projects Implemented in Volatile Operating Environments.* ALNAP, Tearfund, 2012. www.alnap.org/resource/7956



Perlindungan

Slim, H. Bonwick, A. *Protection: An ALNAP Guide for Humanitarian Agencies.* ALNAP, 2005. www.alnap.org

Pemulihan

Minimum Economic Recovery Standards. SEEP Network, 2017. <https://seepnetwork.org>

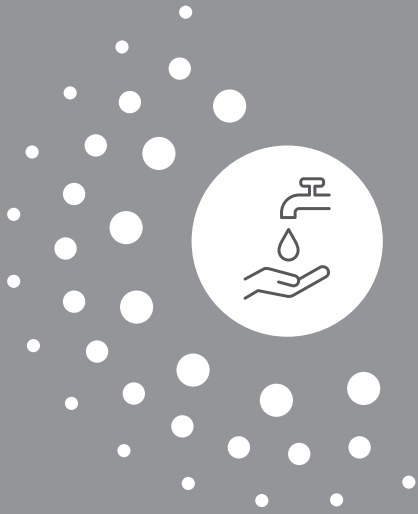
Ketangguhan

Reaching Resilience: Handbook Resilience 2.0 for Aid Practitioners and Policymakers in Disaster Risk Reduction, Climate Change Adaptation and Poverty Reduction. Reaching Resilience, 2013. www.reachingresilience.org

Turnbull, M. Sterret, C. Hilleboe, A. *Toward Resilience, A Guide to Disaster Risk Reduction and Climate Change Adaptation.* Catholic Relief Services, 2013. www.crs.org

Bacaan lebih lanjut

Untuk bacaan lebih lanjut silahkan ☉ lihat di www.spherestandards.org/handbook/online-resources



Pasokan Air, Sanitasi, dan Promosi Higiene (WASH)



**PRINSIP-PRINSIP
PERLINDUNGAN**



**STANDAR
KEMANUSIAAN
INTI**

PASOKAN AIR, SANITASI, DAN PROMOSI HIGIENE (WASH)

PROMOSI HIGIENE	PERSEDIAAN AIR	MANAJEMEN EKSKRETRA (TINJA)	PENGENDALIAN VEKTOR	PENGLOLAAN LIMBAH PADAT	MEMBASMI WABAH PENYAKIT DAN PENGATURAN KEBERSIHAN
STANDAR 1.1 Promosi kebersihan	STANDAR 2.1 Akses dan jumlah air	STANDAR 3.1 Lingkungan hidup bebas dari kotoran manusia	STANDAR 4.1 Pengendalian vektor hingga selesai	STANDAR 5.1 Lingkungan yang bebas dari limbah padat	STANDAR 6.1 Mencuci yang baik dalam kesehatan
STANDAR 1.2 Identifikasi akses dan penggunaan barang-barang kebersihan	STANDAR 2.2 Air yang bermutu	STANDAR 3.2 Akses menuju jamban	STANDAR 4.2 Tindakan rumah tangga dan pribadi untuk mengontrol vektor	STANDAR 5.2 Tindakan rumah tangga dan pribadi untuk aman mengelola limbah padat	
STANDAR 1.3 Manajemen kebersihan menstruasi dan inkontinensia		STANDAR 3.3 Pengelolaan dan pemeliharaan dari kumpulan kotoran, transportasi pembuangan serta pengobatan		STANDAR 5.3 Sistem pengelolaan limbah padat di tingkat masyarakat	

- LAMPIRAN 1** Daftar periksa awal penilaian kebutuhan pasokan air, sanitasi dan promosi higiene
- LAMPIRAN 2** Diagram alur penularan tinja-mulut dari penyakit diare
- LAMPIRAN 3** Jumlah air minimum: angka kelangsungan hidup dan mengukur kebutuhan air
- LAMPIRAN 4** Jumlah minimum dari jamban: masyarakat, tempat dan lembaga-lembaga publik
- LAMPIRAN 5** Penyakit yang berhubungan dengan sanitasi
- LAMPIRAN 6** Pengolahan air rumah tangga dan urutan keputusan penyimpanan

Daftar Isi

Konsep penting dalam penyediaan air bersih, sanitasi dan promosi higiene	102
Pasokan Air, Sanitasi, dan Promosi Higiene (WASH):	
1. Promosi Higiene.....	106
2. Pasokan air	115
3. Manajemen tinja	112
4. Pengendalian vektor	129
5. Pengelolaan Limbah Padat.....	134
6. WASH dalam wabah penyakit dan sarana layanan kesehatan	138
Lampiran 1: Pasokan air, sanitasi dan promosi kebersihan daftar periksa kebutuhan awal	148
Lampiran 2: Diagram F: alur penularan tinja-mulut penyakit diare.....	151
Lampiran 3: Jumlah minimum air: angka kelangsungan hidup dan mengukur kebutuhan air	152
Lampiran 4: Jumlah minimum jamban: komunitas, tempat umum dan institusi ...	153
Lampiran 5: Penyakit yang berhubungan dengan air dan sanitasi	154
Lampiran 6: Pengolahan air rumah tangga dan urutan keputusan penyimpanan	157
Rujukan dan Bacaan Lanjut.....	158



Konsep-konsep inti tentang penyediaan air bersih, sanitasi, dan promosi higiene

Setiap orang berhak atas air bersih dan sanitasi

Standar Minimum Sphere untuk penyediaan air bersih, sanitasi dan promosi higiene (WASH/ Water Supply, Sanitation and Hygiene promotion) merupakan rumusan praktis mengenai hak untuk mengakses air bersih dan sanitasi dalam konteks kemanusiaan. Standar-standar tersebut didasarkan pada keyakinan, prinsip, tanggung jawab dan hak yang dinyatakan dalam Piagam Kemanusiaan. Hal ini termasuk hak untuk hidup dengan martabat, hak atas perlindungan dan keamanan, dan hak untuk menerima bantuan kemanusiaan atas dasar kebutuhan.

Untuk daftar mengenai dokumen/ Pernyataan hukum dan kebijakan utama yang menginformasikan Piagam Kemanusiaan ⊕ lihat Lampiran 1: Landasan Hukum Sphere.

Orang yang terkena krisis lebih rentan terhadap penyakit dan kematian akibat penyakit, terutama penyakit diare dan infeksi. Penyakit semacam itu sangat terkait dengan sanitasi dan persediaan air bersih yang tidak memadai dan higiene yang buruk. Program WASH bertujuan untuk mengurangi risiko kesehatan masyarakat.

Jalur utama patogen untuk menginfeksi manusia adalah tinja, cairan, jari-jari tangan, lalat dan makanan. Tujuan utama program WASH dalam respons kemanusiaan adalah untuk mengurangi risiko kesehatan masyarakat dengan menciptakan “penghalang” di sepanjang jalur tersebut ⊕ lihat Lampiran 2: Diagram Alur. Kegiatan utamanya adalah:

- Mempromosikan praktik higiene yang baik;
- Menyediakan air minum yang aman;
- Menyediakan fasilitas sanitasi yang layak;
- Mengurangi risiko kesehatan lingkungan; dan
- Memastikan kondisi yang memungkinkan orang untuk hidup dengan kesehatan yang baik, bermartabat, kenyamanan dan keamanan.

Dalam program WASH, penting untuk:

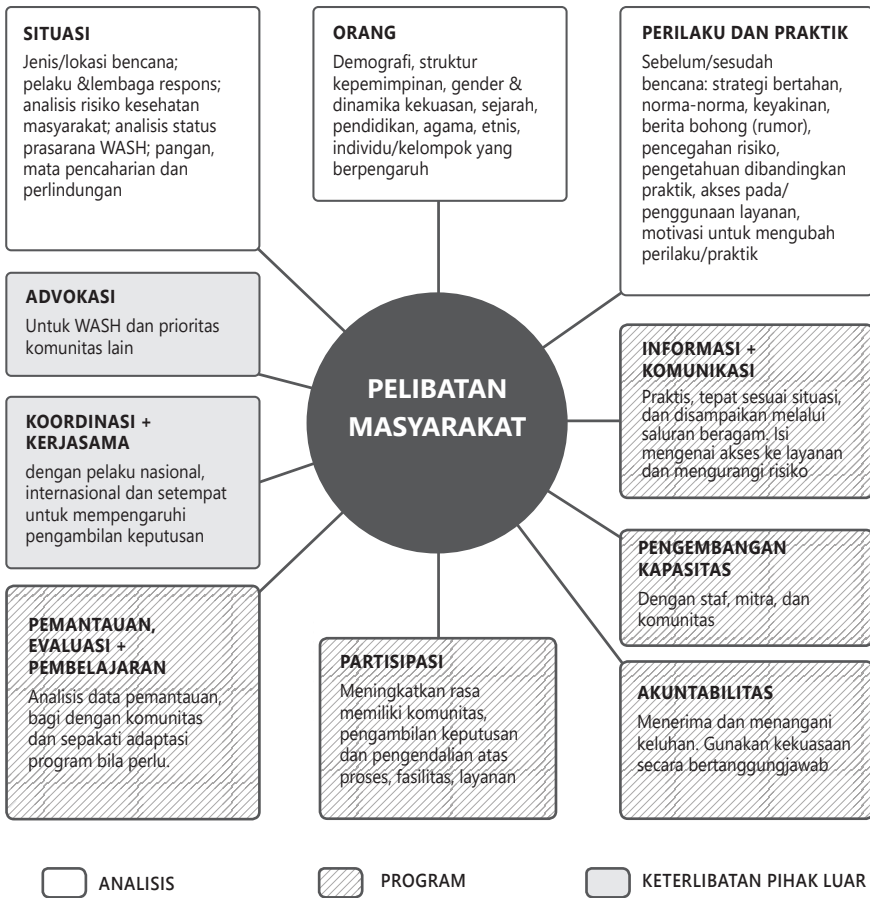
- Mengelola seluruh rantai air: sumber air, pengolahan, distribusi, pengumpulan, penyimpanan dan konsumsi rumah tangga;
- Mengelola seluruh rantai sanitasi secara terpadu;
- Memungkinkan perilaku sehat yang positif; dan
- Memastikan akses sarana higiene.

Keterlibatan masyarakat sangat penting

Keterlibatan masyarakat dalam WASH merupakan proses dinamis yang menghubungkan masyarakat dan pemangku kepentingan lainnya sehingga orang-orang yang terkena dampak dari suatu kondisi yang krisis memiliki kontrol lebih besar atas respons dan dampaknya terhadap mereka. Keterlibatan yang efektif menghubungkan komunitas dan tim respons untuk memaksimalkan pengaruh komunitas demi mengurangi risiko kesehatan masyarakat, menyediakan layanan yang sesuai dan dapat diakses, meningkatkan mutu program dan membangun akuntabilitas. Hal tersebut mengeksplorasi kapasitas

dan kemauan masyarakat untuk mengelola dan memelihara sistem WASH ⊕ lihat Gambar 4 Keterlibatan Komunitas WASH.

Dengan melibatkan masyarakat dapat menciptakan pemahaman penting tentang persepsi, kebutuhan, mekanisme bertahan, kapasitas, norma-norma yang ada, struktur kepemimpinan dan prioritas, serta tindakan yang tepat seperti apa yang harus diambil. Pemantauan dan evaluasi, termasuk mekanisme umpan balik, menunjukkan apakah respons WASH sudah sesuai atau masih perlu disesuaikan ⊕ lihat Komitmen Standar Kemanusiaan Inti 4 dan 5.



Keterlibatan Komunitas dalam WASH (Gambar 4)

WASH membutuhkan pertimbangan khusus di daerah perkotaan

Keterlibatan masyarakat bisa lebih sulit di daerah perkotaan, di mana kepadatan penduduk lebih tinggi dan kelompok yang berisiko kurang terlihat. Namun, di daerah perkotaan, ruang publik, media dan teknologi dapat memberikan kesempatan untuk terjadinya dialog yang lebih luas dan lebih efisien. Beragam kepemilikan aset (rumah tangga di daerah perdesaan, campuran antara milik publik-pribadi di daerah perkotaan) memengaruhi pilihan dari beberapa pilihan respons dan metode penyampaian.

Diperlukannya kombinasi beberapa pendekatan

Bantuan berbasis-pasar dapat secara efisien dan efektif memenuhi kebutuhan WASH, seperti dengan memastikan akses terhadap bahan-bahan di bidang higiene. Bantuan berbasis uang (tunai, non-tunai dan / atau kupon) harus dilengkapi dengan kegiatan WASH lainnya, termasuk bantuan teknis dan keterlibatan masyarakat. Untuk implementasinya, pilihan bervariasi dari pembangunan infrastruktur hingga promosi higiene dan mobilisasi masyarakat. Generator atau jamban sementara dapat disediakan segera, sementara perbaikan layanan pengolahan air merupakan proyek jangka panjang. Kontrol terhadap mutu dan bantuan teknis sangat penting untuk memastikan kesehatan dan keselamatan. Bantuan teknis harus dilakukan secara benar dan tepat waktu. Juga harus konsisten, mudah diakses, dan dapat dijangkau untuk disampaikan secara berkelanjutan.

Respons terhadap WASH harus meningkatkan sasaran komunitas secara jangka panjang dan meminimalkan dampak lingkungan. Pengelolaan air bersih dan sanitasi terpadu harus memenuhi kebutuhan manusia dan melindungi ekosistem. Hal ini dapat memengaruhi pilihan teknologi, waktu dan tahapan kegiatan, keterlibatan masyarakat, sektor swasta dan keterlibatan pasar, dan pilihan-pilihan pembiayaan.

Standar Minimum ini tidak boleh diterapkan secara terpisah

Hak atas air bersih dan sanitasi yang layak terkait dengan hak atas naungan, hak memperoleh makanan dan kesehatan. Kemajuan yang efektif dalam mencapai Standar Minimum dalam satu bidang memengaruhi kemajuan di bidang lain. Koordinasi dan kerja sama yang erat dengan sektor lain serta koordinasi dengan pihak berwenang setempat dan lembaga pemberi respons lain membantu memastikan bahwa kebutuhan terpenuhi, bahwa upaya tidak terduplikasi, dan bahwa mutu dari respons WASH teroptimalkan. Misalnya, ketika standar gizi tidak terpenuhi, kegentingan untuk memenuhi standar air bersih dan sanitasi menjadi lebih tinggi karena kerentanan masyarakat terhadap penyakit telah meningkat. Hal yang sama berlaku untuk penduduk di mana prevalensi HIV tinggi. Referensi-silang di seluruh Buku Sphere menyarankan beberapa potensi keterkaitan semacam ini.

Ketika standar nasional lebih rendah dari Standar Minimum Sphere, organisasi kemanusiaan harus bekerjasama dengan pemerintah untuk meningkatkannya secara progresif.

Hukum internasional secara khusus melindungi hak atas air bersih dan sanitasi

Hak mencakup akses terhadap pasokan air yang cukup, aman dan terjangkau untuk penggunaan pribadi dan domestik, dan fasilitas sanitasi pribadi yang aman dan bersih. Negara-negara diwajibkan untuk memastikan hak ini selama krisis ⊕ lihat Lampiran 1: Landasan hukum bagi Sphere.

Air yang aman dan fasilitas sanitasi yang layak sangat penting untuk:

- Menopang kehidupan, kesehatan dan martabat;
- Mencegah kematian karena dehidrasi;
- Mengurangi risiko penyakit yang berhubungan dengan air, sanitasi dan higiene; dan
- Memungkinkan konsumsi yang cukup, kebutuhan untuk memasak, dan persyaratan/kebutuhan higienis pribadi dan domestik.

Hak atas air bersih dan sanitasi adalah bagian dari hak universal yang penting bagi kelangsungan hidup dan martabat manusia, dan pelaku-pelaku negara dan non-negara (pemerintah dan non-pemerintah) memiliki tanggung jawab untuk memenuhi hak tersebut. Selama konflik bersenjata, misalnya, menyerang, menghancurkan, memindahkan atau melumpuhkan instalasi air atau irigasi merupakan hal yang dilarang.

Hubungan dengan Prinsip Perlindungan dan Standar Kemanusiaan Inti

Penggunaan air memengaruhi perlindungan/proteksi. Konflik bersenjata dan ketidakadilan memengaruhi keamanan air untuk individu dan kelompok. Berbagai keperluan terhadap air untuk konsumsi dan tujuan domestik dan mata pencarian dapat menyebabkan masalah perlindungan ketika kegiatan jangka pendek dan jangka panjang tidak dirancang dengan tepat. Perlindungan dalam respons WASH sering dipertimbangkan dari perspektif perlindungan dan keselamatan pribadi, mengenali kerentanan tertentu selama pengumpulan air, defekasi atau manajemen higiene menstruasi. Elemen perlindungan pribadi semacam itu sangat penting, tetapi masalah perlindungan yang lebih luas juga dianggap mendasar. Langkah-langkah sederhana dari awal, seperti mengunci pintu jamban, pencahayaan yang memadai dan pemisahan fasilitas dapat mengurangi risiko penyalahgunaan atau kekerasan.

Pemrograman yang disesuaikan dan inklusif sangat penting untuk menghindari diskriminasi, mengurangi potensi risiko dan meningkatkan penggunaan atau mutu layanan. Misalnya, memastikan bahwa para penyandang disabilitas dapat mengakses fasilitas hygiene, dan bahwa perempuan atau anak-anak memiliki wadah berukuran tepat untuk membawa air. Melibatkan warga dan komunitas di semua tahap respons dapat membantu memasukkan pertimbangan perlindungan ke dalam program WASH. Pekerja bantuan harus dilatih mengenai perlindungan anak dan tahu bagaimana menggunakan sistem rujukan untuk kasus-kasus dugaan kekerasan, pelecehan atau eksploitasi, termasuk terhadap anak-anak.

Kerja sama dan koordinasi antara warga sipil-militer harus dipertimbangkan secara hati-hati untuk organisasi kemanusiaan, khususnya dalam konflik. Persepsi mengenai netralitas dan ketidakberpihakan dapat memengaruhi penerimaan masyarakat. Organisasi kemanusiaan mungkin harus menerima bantuan militer dalam beberapa situasi, misalnya dalam transportasi dan distribusi. Namun dampak pada prinsip-prinsip kemanusiaan harus dipertimbangkan secara hati-hati dan upaya yang dilakukan untuk mengurangi risiko perlindungan ⊕ lihat Piagam Kemanusiaan, dan *setting* dengan kekuatan militer domestik dan internasional dalam Apa itu Sphere?

Dalam menerapkan Standar Minimum, kesembilan komitmen dalam Standar Kemanusiaan Inti harus dihormati sebagai landasan untuk menyediakan program WASH yang dapat dipertanggungjawabkan.



1. Promosi Higiene

Penyakit yang berkaitan dengan air, sanitasi dan higiene secara signifikan menyebabkan penyakit yang dapat dicegah dan kematian dalam kondisi krisis. Promosi higiene yang mendukung perilaku, keterlibatan masyarakat, dan tindakan untuk mengurangi risiko penyakit merupakan hal mendasar bagi keberhasilan respons terhadap WASH.

Pendekatan terstandar yang sangat bergantung (mengandalkan) pada pengajaran pesan-pesan dan pendistribusian bahan-bahan higiene tidak mungkin sangat efektif. Beberapa risiko dan persepsi tentang risiko - bervariasi sesuai dengan konteksnya masing-masing. Orang-orang memiliki pengalaman hidup, strategi bertahan, dan norma-norma budaya dan perilaku yang berbeda. Penting untuk menyesuaikan pendekatan berdasarkan analisis faktor-faktor tersebut beserta konteksnya. Promosi higiene yang efektif bergantung pada:

- Bekerja dengan masyarakat untuk memobilisasi tindakan/aksi dan berkontribusi dalam pengambilan keputusan;
- Komunikasi dua arah dan umpan balik tentang risiko, prioritas, dan layanan; dan
- Akses beserta penggunaan fasilitas, layanan, dan materi WASH.

Promosi higiene harus didasarkan pada pengetahuan orang tentang risiko dan pencegahan penyakit dalam mempromosikan perilaku "mencari-kesehatan" yang positif. Pantau kegiatan dan hasil secara teratur untuk memastikan bahwa promosi higiene dan program WASH berkembang. Berkoordinasi dengan pelaku kesehatan untuk memantau kejadian penyakit terkait WASH seperti penyakit diare, kolera, tifoid, trakhoma, cacing usus dan skistosomiasis ⊕ lihat pentingnya pelayanan kesehatan - standar penyakit menular 2.1.1 hingga 2.1.4 dan standar sistem Kesehatan 1.5.

Standar Promosi Higiene 1.1:

Promosi Higiene

Warga menyadari risiko utama kesehatan masyarakat terkait dengan air, sanitasi dan higiene, dan dapat mengadopsi pilihan tindakan perorangan, rumah tangga dan masyarakat untuk menguranginya.

Tindakan-tindakan kunci

- 1) Mengidentifikasi risiko kesehatan masyarakat utama dan praktik higiene saat ini yang berkontribusi terhadap risiko ini.
 - Mengembangkan profil komunitas untuk menentukan individu dan kelompok mana yang rentan terhadap risiko terkait WASH dan mengapa.
 - Mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat memotivasi perilaku positif dan tindakan pencegahan.
- 2) Bekerja dengan penduduk yang terkena dampak untuk merancang dan mengelola promosi higiene dan respons WASH yang lebih luas.
 - Mengembangkan strategi komunikasi menggunakan media massa dan dialog komunitas untuk berbagi informasi praktis.

- Mengidentifikasi dan melatih warga yang berpengaruh, kelompok masyarakat, dan petugas penyuluhan/lapangan.
- 3 Menggunakan umpan balik masyarakat dan data pengawasan kesehatan untuk menyesuaikan dan meningkatkan promosi hygiene.
- Memantau akses terhadap dan penggunaan fasilitas WASH, dan bagaimana kegiatan promosi hygiene memengaruhi perilaku dan praktik.
- Mengadaptasi kegiatan dan mengidentifikasi kebutuhan yang tidak terpenuhi.

Indikator Kunci

Persentase rumah tangga terdampak yang menjelaskan dengan benar tiga langkah untuk mencegah penyakit terkait WASH

Persentase penduduk target yang dengan benar mengutip dua waktu kritis untuk mencuci tangan

Persentase penduduk target yang diamati untuk menggunakan stasiun/tempat cuci tangan saat meninggalkan jamban komunal

Persentase rumah tangga yang terkena dampak di mana sabun dan air tersedia untuk mencuci tangan

Persentase penduduk yang terkena dampak yang mengumpulkan air dari sumber air yang lebih baik

Persentase rumah tangga yang menyimpan air minum dalam wadah yang bersih dan tertutup

Persentase penjaga yang melaporkan bahwa mereka membuang tinja anak-anak dengan aman

Persentase rumah tangga yang menggunakan produk inkontinensia (pembalut, botol air kemih, tempat tidur, kursi komuter) yang melaporkan bahwa mereka membuang tinja dari inkontinensia dewasa dengan aman

Persentase rumah tangga yang terkena dampak yang membuang limbah padat dengan tepat

Persentase orang yang telah memberikan umpan balik dan mengatakan bahwa umpan balik mereka digunakan untuk menyesuaikan dan meningkatkan fasilitas dan layanan WASH

Lingkungan setempat bebas dari tinja manusia dan hewan

Catatan Panduan

Memahami dan mengelola risiko WASH: Memprioritaskan dan mengurangi risiko WASH pada fase awal krisis dapat menjadi tantangan. Berfokuslah pada penggunaan air yang aman, manajemen tinja dan mencuci tangan, karena ini mungkin memiliki dampak terbesar dalam mencegah penularan penyakit. Menilai risiko kesehatan masyarakat yang terkait dengan WASH dan langkah-langkah untuk menguranginya akan memerlukan pemahaman tentang:

- Penggunaan fasilitas dan layanan WASH saat ini;
- Akses terhadap bahan hygiene rumah tangga yang penting ⊕ lihat Standar promosi hygiene 1.2 dan 1.3;
- Strategi mengatasi saat ini, kebiasaan dan kepercayaan lokal;
- Struktur sosial dan dinamika kekuasaan di masyarakat;



- Tempat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan (termasuk tabib tradisional, apotek, klinik);
- Siapa yang bertanggung jawab untuk mengoperasikan dan memelihara infrastruktur WASH;
- Data surveilan penyakit terkait dengan WASH;
- Hambatan sosial, fisik dan komunikasi untuk mengakses fasilitas dan layanan WASH, terutama untuk perempuan dan anak perempuan, orang tua dan penyandang disabilitas;
- Variasi tingkat pendapatan; dan
- Kondisi lingkungan dan tren musiman untuk penyakit.

Untuk mempertahankan motivasi, perubahan perilaku dan praktik harus dibuat mudah. Fasilitas harus mudah dijangkau dan dapat diakses untuk semua pengguna, aman, bermartabat, bersih dan sesuai budaya. Sertakan baik laki-laki maupun perempuan dalam kegiatan promosi higiene, karena dukungan higiene aktif oleh laki-laki mungkin memiliki pengaruh yang menentukan pada perilaku dalam keluarga.

Mobilisasi masyarakat: Bekerja dengan struktur yang ada, memastikan bahwa peluang berbayar atau sukarela sama-sama tersedia bagi perempuan dan laki-laki. Pemuka masyarakat dan agama yang dihormati, penyuluhan dan pelaku lokal tepercaya seperti kelompok perempuan atau pemuda dapat memfasilitasi mobilisasi dan tindakan pencegahan.

Mengalokasikan dua pekerja penyuluhan (*outreach workers*) biasanya per 1.000 penduduk. Pekerja dan sukarelawan penyuluhan harus memiliki keterampilan komunikasi yang baik, mampu membangun hubungan yang saling menghormati dengan masyarakat setempat, dan memiliki pemahaman menyeluruh tentang kebutuhan dan masalah lokal. Ketika diperlukan, insentif untuk penyuluh harus disepakati melalui forum koordinasi lokal untuk mempromosikan kesetaraan dan menghindari ganguan.

Tenaga kesehatan masyarakat mungkin memiliki peran yang serupa dengan penyuluh WASH, tetapi tanggung jawab yang berbeda ⊕ lihat standar sistem Kesehatan 1.2: Tenaga kerja kesehatan.

Bekerja dengan anak-anak: Anak-anak dapat mempromosikan perilaku yang sehat kepada teman dan keluarga mereka. Departemen pendidikan atau layanan sosial dapat mengidentifikasi peluang untuk mempromosikan higiene di sekolah, perawatan di rumah dan rumah tangga yang dikepalai anak-anak, dan anak-anak yang tinggal di jalanan. Libatkan anak-anak dalam mengembangkan pesan ⊕ lihat Buku Pegangan INEE dan CPMS.

Saluran dan pendekatan komunikasi: Berikan informasi dalam berbagai format (tertulis, grafik, audio) dan bahasa untuk membuatnya dapat diakses seluas mungkin. Sesuaikan untuk anak-anak dan penyandang disabilitas dan mengembangkan dan menguji pesan untuk memastikan mereka dapat dimengerti di seluruh perbedaan usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan bahasa.

Dialog tingkat-komunitas berguna untuk pemecahan masalah dan perencanaan tindakan. Media massa dapat memperkuat informasi umum dengan jangkauan yang lebih luas. Keduanya berguna ketika ditargetkan pada khalayak tertentu. Rancang mekanisme umpan balik yang sesuai dengan pengguna dan pantau keefektifannya. Sampaikan umpan balik kepada masyarakat, dorong mereka untuk menanggapi secara bergantian. ⊕ Lihat Komitmen Standar Kemanusiaan Inti 5.

Mencuci tangan dengan sabun adalah cara penting untuk mencegah penularan penyakit diare. Fasilitas mencuci tangan membutuhkan pasokan air, sabun, dan saluran limbah yang teratur secara teratur. Posisi fasilitas sehingga mencuci tangan terjadi sebelum menyentuh makanan (makan, menyiapkan makanan atau memberi makan anak) dan setelah kontak dengan tinja (setelah menggunakan jamban atau membersihkan bagian bawah anak) ⊕ lihat Standar persediaan air 2.2: Mutu air.

Mempromosikan penggunaan jamban: Masalah utama untuk staf promosi higienis adalah penggunaan inklusif dari fasilitas dan material pembuangan tinja . Selain kekhawatiran tentang kebersihan dan bau, penghalang utama bagi orang yang menggunakan jamban adalah rasa malu, tabu budaya, aksesibilitas fisik dan kekhawatiran tentang privasi dan keselamatan ⊕ lihat standar manajemen tinja 3.2: Akses dan penggunaan jamban.

Mengumpulkan, mengangkat dan menyimpan air minum dengan aman adalah kunci untuk mengurangi risiko kontaminasi. Rumah tangga membutuhkan wadah terpisah untuk mengumpulkan dan menyimpan air minum ⊕ lihat Standar promosi higiene 1.2 dan standar pasokan air 2.1 dan 2.2.

Orang-orang yang sedang berpindah: Temukan peluang untuk terlibat dengan orang-orang yang sedang bergerak, baik dengan bepergian bersama mereka untuk sementara atau menemui mereka di tempat istirahat. Gunakan saluran komunikasi seperti radio, SMS, grup media sosial, dan hotline gratis untuk memberikan informasi higiene dan meminta umpan balik. Rancang paket “barang rumah tangga” untuk mendukung ini dengan menyertakan telepon seluler atau pengisi daya surya, yang juga akan memungkinkan orang untuk berkomunikasi dengan keluarga mereka, mengakses informasi dan memberikan umpan balik.

Standar Promosi Higiene 1.2:

Identifikasi, akses, dan penggunaan bahan higiene

Bahan-bahan yang tepat untuk mendukung higiene, kesehatan, martabat dan kesejahteraan tersedia dan digunakan oleh orang-orang yang terkena dampak.

Tindakan-tindakan kunci

- 1 Mengidentifikasi bahan-bahan higiene penting yang dibutuhkan oleh individu, rumah tangga dan masyarakat.
 - Mempertimbangkan berbagai kebutuhan laki-laki dan perempuan, orang tua, anak-anak dan penyandang disabilitas.
 - Mengidentifikasi dan menyediakan bahan-bahan tambahan untuk menjaga higiene lingkungan, seperti wadah limbah padat dan peralatan pembersih.
- 2 Menyediakan akses tepat waktu ke bahan-bahan penting.
 - Menilai ketersediaan barang melalui pasar setempat, regional atau internasional.
- 3 Bekerjasama dengan penduduk yang terkena dampak, otoritas daerah dan pelaku lain untuk merencanakan bagaimana orang akan mengumpulkan atau membeli bahan-bahan higiene.
 - Memberikan informasi tentang waktu, lokasi, isi dan penerima bantuan dan / atau bahan higiene yang dituju.
 - Melakukan koordinasi dengan sektor lain untuk memberikan bantuan berbasis uang tunai dan / atau bahan-bahan higiene dan memutuskan mekanisme distribusi.



- 4 Mendapatkan umpan balik dari orang-orang yang terkena dampak tentang kelayakan bahan-bahan higiene yang dipilih dan kepuasan mereka dengan mekanisme untuk mengaksesnya.

Indikator Kunci

Seluruh rumah tangga terdampak memiliki akses terhadap jumlah minimum bahan-bahan higiene yang penting:

- dua wadah air per rumah tangga (10–20 liter; satu untuk pengambilan, satu untuk menampung);
- 250 gram sabun untuk mandi per orang per bulan;
- 200 gram sabun untuk mencuci pakaian per orang per bulan;
- Sabun dan air di tempat cuci tangan (satu stasiun/tempat per jamban komunal atau satu per rumah tangga); dan
- Pispot, skop atau popok untuk membuang tinja anak-anak.

Persentase orang yang terkena dampak yang melaporkan / diamati menggunakan bahan higiene secara teratur setelah distribusi

Persentase pendapatan rumah tangga digunakan untuk membeli bahan-bahan higiene untuk kebutuhan prioritas yang teridentifikasi

Catatan Panduan

Identifikasi bahan-bahan penting: Sesuaikan unsur-unsur higiene dan perlengkapan higiene dengan budaya dan konteksnya. Prioritaskan bahan-bahan penting pada tahap awal (seperti sabun, wadah air, dan bahan-bahan pakai saat menstruasi dan inkontinensia) di atas bahan-bahan “baik untuk dimiliki” (seperti sikat rambut, sampo, pasta gigi, sikat gigi). Beberapa kelompok akan memiliki persyaratan khusus ⊕ lihat Catatan Panduan - Kelompok yang berisiko (di bawah).

Wadah air: Identifikasi 10-20 liter air untuk pengambilan dan penyimpanan air minum dan air domestik. Ukuran dan jenis wadah harus sesuai untuk usia dan daya dukung mereka yang biasanya mengumpulkan air.

Wadah harus memiliki tutup, bersih dan kondisi tertutup. Wadah penyimpanan harus memiliki leher yang sempit atau keran untuk memastikan pengumpulan, penyimpanan, dan konsumsi air minum yang aman.

Ketika persediaan air tidak lancar, berikan wadah penyimpanan yang lebih besar. Dalam situasi perkotaan atau di mana persediaan terpusat, penyimpanan rumah tangga harus cukup untuk konsumsi rutin (termasuk konsumsi puncak, ketika relevan) dan pengisian ulang.

Kelompok berisiko: Beberapa orang akan membutuhkan jumlah barang higiene pribadi yang berbeda atau lebih besar karena usia mereka, status kesehatan, cacat, mobilitas atau inkontinensia. Penyandang disabilitas atau yang menghadapi hambatan untuk mobilitas mungkin membutuhkan barang tambahan. Ini termasuk sabun ekstra, item inkontinensia, wadah air, tempat tidur, kursi jamban atau penutup plastik untuk kasur. Mintalah orang atau pengasuh mereka ketika mereka membutuhkan bantuan untuk mengumpulkan dan membuang limbah mereka dengan cara yang menghormati martabat mereka. Konsultasikan dengan mereka dan keluarga atau pengasuh mereka tentang dukungan yang paling tepat.

Pemograman berbasis pasar untuk bahan higiene: Penyediaan bahan-bahan higiene harus mendukung pasar setempat ketika memungkinkan (misalnya dengan menyediakan uang tunai atau kupon atau meningkatkan infrastruktur gudang). Analisis pasar dan analisis pendapatan rumah tangga, termasuk peran gender dalam keputusan pengeluaran, harus menginformasikan rencana untuk akses dan penggunaan bahan higiene. Pantau apakah pasar menyediakan jumlah dan mutu produk, dan sesuaikan ketika perlu ⊕ lihat Memberikan bantuan melalui pasar.

Distribusi: Prioritaskan keselamatan dan keamanan penduduk saat mengatur distribusi apa pun ⊕ lihat Prinsip Perlindungan 1.

Siapkan tim distribusi khusus. Beri tahu orang-orang sebelum waktu, lokasi, daftar barang, dan kriteria kelayakan apa pun. Kontra diskriminasi atau stigmatisasi, dan saat perlu, mendistribusikan ke rumah tangga atau melalui jalur distribusi terpisah. Identifikasi dan atasi hambatan apa pun untuk mengakses lokasi distribusi atau sistem distribusi, khususnya untuk perempuan dan anak perempuan, orang tua dan penyandang disabilitas.

Mengganti bahan habis pakai: Buat persediaan bahan habis pakai yang dapat diandalkan seperti sabun dan menstruasi serta bahan inkontinensia.

Koordinasi distribusi bersama: Rencanakan konsultasi komunitas bersama untuk memahami kebutuhan dan mekanisme penanggulangan lintas sektor. Menangani beberapa kebutuhan pada saat yang sama untuk kenyamanan penduduk yang dibantu dan untuk menghemat waktu dan uang lintas sektor. Pastikan bahwa rumah tangga dapat dengan aman membawa pulang semua barang mereka setelah distribusi.

Orang-orang yang sedang bepergian: Di mana orang-orang bergerak, pastikan transportabilitas bahan-bahan higiene (seperti sabun ukuran perjalanan). Biarkan orang memilih barang yang mereka inginkan, daripada mengeluarkan perlengkapan standar. Buat sistem untuk mengumpulkan dan membuang sampah pengemasan di mana orang sedang bepergian.

Standar Promosi Higiene 1.3:

Manajemen higiene menstruasi dan inkontinensia

Perempuan dan gadis usia menstruasi, dan laki-laki dan perempuan dengan inkontinensia, memiliki akses terhadap produk higiene dan fasilitas WASH yang mendukung martabat dan kesejahteraan mereka.

Tindakan-tindakan kunci

- 1) Memahami praktik, norma dan mitos sosial tentang manajemen higiene menstruasi dan manajemen inkontinensia, dan menyesuaikan perlengkapan dan fasilitas higienis.
- 2) Melakukan konsultasi dengan perempuan, anak perempuan dan orang-orang dengan inkontinensia pada rancangan, penentuan lokasi dan pengelolaan fasilitas (jamban, mandi, cucian, pembuangan dan pasokan air).
- 3) Memberikan akses terhadap manajemen higiene menstruasi yang tepat dan bahan inkontinensia, sabun (untuk mandi, mencuci dan mencuci tangan) dan bahan-bahan higiene lainnya.
 - Untuk distribusi, memberikan persediaan di lokasi terpisah untuk memastikan martabat dan kurangi stigma, dan menunjukkan penggunaan yang tepat untuk setiap bahan yang tidak dikenal.



Indikator Kunci

Persentase perempuan dan gadis usia menstruasi diberikan dengan akses terhadap bahan yang sesuai untuk manajemen higiene menstruasi

Persentase penerima yang puas dengan bahan dan fasilitas pengelolaan higiene menstruasi

Persentase orang dengan inkontinensia yang menggunakan bahan dan fasilitas inkontinensia yang tepat

Persentase penerima yang puas dengan bahan dan fasilitas manajemen inkontinensia

Catatan Panduan

Mengatasi manajemen higiene menstruasi dan inkontinensia dalam krisis:

Berhasil mengelola higiene menstruasi dan inkontinensia membantu orang untuk hidup dengan martabat dan terlibat dalam kegiatan sehari-hari. Selain menyediakan akses terhadap bahan higiene, penting untuk berkonsultasi dengan pengguna tentang mekanisme pembuangan di rumah serta di fasilitas umum dan institusi seperti sekolah. Fasilitas jamban harus disesuaikan dan ruang yang disediakan untuk fasilitas binatu dan pengeringan ⊕ lihat standar manajemen tinja 3.1 dan 3.2.

Tabu tentang menstruasi: kepercayaan, norma dan hal tabu tentang menstruasi akan memengaruhi keberhasilan respons. Investigasi masalah ini bisa jadi tidak memungkinkan selama fase awal atau fase akut dari krisis. Namun, harus dilakukan sesegera mungkin.

Inkontinensia mungkin bukan istilah yang banyak digunakan dalam beberapa konteks, bahkan dalam profesi medis. Inkontinensia adalah masalah kesehatan dan sosial yang kompleks yang terjadi ketika seseorang tidak dapat mengontrol aliran air kemih atau tinja mereka. Hal ini dapat menyebabkan stigma tingkat tinggi, isolasi sosial, stres dan ketidakmampuan untuk mengakses layanan, pendidikan, dan peluang kerja. Prevalensi mungkin tampak rendah, karena banyak orang akan merahasiakannya, namun berbagai macam orang mungkin hidup dengan inkontinensia. Ini termasuk:

- Orang tua;
- Orang penyandang disabilitas dan mereka yang menghadapi hambatan mobilitas;
- Perempuan yang melahirkan - termasuk anak perempuan, yang berisiko tinggi mengalami fistula;
- Orang dengan penyakit kronis seperti asma, diabetes, stroke atau kanker;
- Gadis dan perempuan yang telah mengalami kekerasan berbasis gender atau telah mengalami mutilasi kelamin perempuan;
- Orang yang telah menjalani operasi seperti pengangkatan prostat;
- Perempuan mengalami menopause; dan
- Anak-anak dan anak-anak muda secara psikologis dipengaruhi oleh konflik atau bencana.

Manajemen higiene inkontinensia yang buruk dapat menjadi sumber utama penularan penyakit dalam keadaan darurat. Akses terhadap air dan sabun yang jauh lebih tinggi sangatlah penting. Orang dengan inkontinensia dan pengasuh mereka masing-masing membutuhkan lima kali lebih banyak air dan sabun dibandingkan yang lain. Orang-orang yang mengompol dan tidak bergerak perlu berkonsultasi dengan spesialis kesehatan atau disabilitas untuk belajar bagaimana mencegah dan mengelola infeksi dan luka tidur, yang dapat berakibat fatal.

Perlengkapan dan fasilitas: Diskusikan pilihan dengan orang-orang yang terkena dampak untuk memahami preferensi mereka untuk: bahan sekali pakai atau dapat digunakan kembali; mekanisme pembuangan di rumah, sekolah, pusat kesehatan dan fasilitas umum; fasilitas binatu dan pengeringan; dan fasilitas jamban dan mandi. Pertimbangkan norma dan pilihan berdasarkan usia, karena jenis dan jumlah persediaan dapat berubah seiring waktu. Berikan demonstrasi untuk materi yang tidak dikenal.

Berbagai jenis bantalan diperlukan untuk inkontinensia tinja dan air kemih, dan untuk berbagai tingkat keparahan inkontinensia. Ukuran penting untuk penggunaan yang aman. Sediakan bantalan inkontinensia air kemih dan tinja dalam berbagai ukuran dan jenis.

Pertimbangkan kedekatan dengan jamban untuk orang-orang dengan inkontinensia. Beberapa orang mungkin dapat mencegah episode inkontinensia ketika mereka dapat mengakses jamban dengan cepat. Jamban kursi, tempat tidur dan / atau botol air kemih mungkin perlu disediakan.

Persediaan minimum: Untuk manajemen higiene menstruasi dan inkontinensia:

- Wadah khusus dengan tutup untuk merendam kain dan menyimpan bantalan/kain; dan
- Tali dan pasak untuk dikeringkan.

Untuk higiene menstruasi:

- Baik bahan katun penyerap (4 meter persegi per tahun), bantalan sekali pakai (15 per bulan) atau pembalut yang dapat digunakan kembali (enam per tahun), seperti yang disukai oleh perempuan dan anak perempuan;
- Pakaian dalam (enam per tahun);
- Sabun ekstra (250 gram per bulan) ⊕ lihat Standar promosi higiene 1.2: Identifikasi, akses, dan penggunaan bahan higiene.

Untuk inkontinensia, persediaan akan tergantung pada tingkat keparahan dan jenis inkontinensia dan pilihan orang. Minimum yang disarankan adalah:

- Bahan katun lembut penyerap (8 meter persegi per tahun), bantalan inkontinensia sekali pakai (150 per bulan) atau pakaian dalam inkontinensia yang dapat digunakan kembali (12 per tahun);
- Pakaian dalam (12 per tahun);
- Sabun ekstra (500 gram mandi dan 500 gram cucian per bulan);
- Dua pelindung kasur anti bocor yang bisa dicuci;
- Wadah air tambahan;
- Pemutih atau produk pembersih desinfektan yang serupa (3 liter produk yang tidak diencerkan per tahun);
- Pispot (laki-laki dan perempuan), kursi jamban (sesuai).

Pengisian ulang persediaan: Rencanakan bagaimana dan kapan untuk mengisi kembali materi/bahan. Bantuan berbasis uang tunai atau distribusi barang dapat digunakan dengan cara yang berbeda dari waktu ke waktu. Jelajahi pilihan untuk usaha kecil untuk menyediakan bahan atau bagi orang-orang untuk membuat bahan perlindungan mereka sendiri ⊕ lihat Memberikan bantuan melalui pasar.

Sekolah, ruang aman dan pusat belajar: Dukungan untuk WASH di sekolah dan ruang aman harus mempertimbangkan infrastruktur WASH dan pelatihan yang diberikan kepada guru. Fasilitas harus memiliki mekanisme pembuangan terpisah wadah dengan



penutup, dengan sistem pengumpulan dan pembuangan atau saluran dari jamban ke insinerator (alat pembakar sampah). Pasang fasilitas WASH yang terpelihara dengan baik dan dipisahkan antara laki-laki dan perempuan dengan kait dan rak untuk perlengkapan menstruasi.

Dorong para guru untuk mengadopsi pilihan pendidikan manajemen higiene menstruasi sebagai bagian dari pelajaran standar. Latih para guru untuk:

- Mendukung praktik higiene menstruasi perempuan;
- Menjaga persediaan higiene menstruasi di sekolah;
- Dukung siswa yang mengalami inkontinensia karena efek psikologis dari krisis ⊕ lihat INEE Handbook.

Hunian: Bekerja dengan sektor penampungan untuk memastikan ada privasi yang memadai untuk higiene menstruasi dan manajemen inkontinensia di rumah tangga atau tempat penampungan bersama. Ini mungkin termasuk menggunakan layar privasi atau area terpisah untuk berubah.

Orang yang berpindah: Tawarkan higiene menstruasi dan persediaan manajemen inkontinensia saat orang melewati titik persediaan.

2. Pasokan Air

Jumlah dan mutu air yang tidak memadai adalah penyebab utama sebagian besar masalah kesehatan masyarakat dalam situasi krisis. Mungkin tidak tersedia cukup air untuk memenuhi kebutuhan dasar, sehingga penyediaan tingkat kelangsungan hidup air minum yang aman sangat penting. Prioritasnya adalah menyediakan air dalam jumlah yang cukup, meskipun mutunya sedang. Ini mungkin diperlukan sampai Standar Minimum untuk jumlah dan mutu air terpenuhi.

PDAM, sumur, dan pipa sering rusak karena konflik, bencana alam atau kurangnya sistem pemeliharaan fungsional. Dalam konflik, mencabut akses terhadap air dapat digunakan sebagai strategi yang disengaja oleh pihak-pihak yang terlibat konflik. Ini sangat dilarang dalam hukum kemanusiaan internasional.

Berkonsultasilah dengan anggota masyarakat dan pemangku kepentingan yang relevan untuk memahami bagaimana mereka menggunakan dan mengakses air, apakah ada batasan akses, dan bagaimana hal ini dapat berubah secara musiman.

Standar Pasokan Air 2.1: Akses dan Jumlah Air

Warga memiliki akses setara dan terjangkau terhadap jumlah air aman yang memadai untuk memenuhi kebutuhan minum dan rumah tangganya.

Tindakan-tindakan kunci

- 1 Identifikasi sumber air tanah atau air permukaan yang paling tepat dengan mempertimbangkan potensi dampak lingkungan.
 - Mempertimbangkan variasi musiman dalam penyediaan air bersih dan permintaan, dan mekanisme untuk mengakses air minum, air untuk kebutuhan rumah tangga dan air untuk mata pencaharian.
 - Memahami berbagai sumber air, pemasok dan operator, dan akses terhadap air di dalam masyarakat dan rumah tangga.
- 2 Menentukan jumlah air yang dibutuhkan dan sistem yang dibutuhkan untuk mengirimkannya.
 - Bekerjasama dengan para pemangku kepentingan untuk menemukan titik-titik air yang memungkinkan akses yang aman dan adil bagi semua anggota masyarakat.
 - Menetapkan sistem operasi dan pemeliharaan yang menetapkan tanggung jawab yang jelas dan mencakup kebutuhan masa depan untuk akses yang berkelanjutan.
- 3 Memastikan saluran limbah titik air yang tepat di rumah tangga dan tempat mencuci bersama, mandi dan memasak serta fasilitas mencuci tangan.
 - Mencari kesempatan untuk menggunakan kembali air, seperti untuk kebun sayur, pembuatan batu bata atau irigasi.



Indikator Kunci

Jumlah air rata-rata yang digunakan untuk minum dan higiene rumah tangga per rumah tangga

- Minimum 15 liter per orang per hari
- Tentukan jumlah berdasarkan konteks dan fase respons

Jumlah maksimum orang yang menggunakan fasilitas berbasis air

- 250 orang per keran (berdasarkan laju aliran 7,5 liter / menit)
- 500 orang per pompa tangan (berdasarkan laju aliran 17 liter / menit)
- 400 orang per terbuka dengan baik (berdasarkan laju aliran 12,5 liter / menit)
- 100 orang per fasilitas binatu
- 50 orang per fasilitas mandi

Persentase pendapatan rumah tangga digunakan untuk membeli air untuk minum dan higiene rumah tangga

- Sasaran 5 persen atau kurang

Persentase rumah tangga sasaran yang tahu di mana dan kapan mereka akan mendapatkan air mereka

Jarak dari rumah tangga ke titik air terdekat

- <500 meter

Waktu antri di sumber air

- <30 menit

Persentase titik distribusi air penduduk bebas dari genangan air

Persentase sistem air/fasilitas yang memiliki sistem manajemen fungsional dan akuntabel di tempat

Catatan Panduan

Pemilihan sumber air harus mempertimbangkan:

- Ketersediaan, keamanan, kedekatan dan keberlanjutan air dalam jumlah yang cukup;
- Kebutuhan dan kelayakan pengolahan air, apakah curah atau di tingkat rumah tangga; dan
- Faktor sosial, politik atau hukum yang memengaruhi kontrol sumber sumber air mungkin kontroversial, terutama selama konflik.

Kombinasi pendekatan dan sumber sering diperlukan pada fase awal krisis untuk memenuhi kebutuhan kelangsungan hidup. Sumber air permukaan, meskipun membutuhkan lebih banyak perawatan, mungkin menjadi pemecahan masalah tercepat. Sumber air tanah dan/atau persediaan aliran gravitasi dari pegas lebih disukai. Mereka membutuhkan lebih sedikit perawatan, dan aliran gravitasi tidak memerlukan pemompaan. Pantau semua sumber secara teratur untuk menghindari ekstraksi berlebih ⊕ lihat Standar hunian dan permukiman 2: Perencanaan lokasi dan permukiman.

Kebutuhan: Jumlah air yang dibutuhkan untuk minum, higiene dan penggunaan rumah tangga tergantung pada konteks dan fase respons. Ini akan dipengaruhi oleh

faktor-faktor seperti penggunaan dan kebiasaan sebelum krisis, rancangan rancangan penahanan tinja dan kebiasaan budaya ⊕ lihat Memahami dan mengelola risiko WASH dalam standar promosi higienis 1.1 dan standar manajemen tinja 3.2.

Minimal 15 liter per orang per hari adalah latihan yang mapan. Ini tidak pernah “maksimum” dan mungkin tidak sesuai dengan semua konteks atau fase respons. Misalnya, tidak tepat di mana orang mungkin mengungsi selama bertahun-tahun. Pada fase akut kekeringan, 7,5 liter per orang per hari mungkin tepat untuk waktu yang singkat. Dalam konteks pendapatan menengah perkotaan, 50 liter per orang per hari mungkin merupakan jumlah minimum yang dapat diterima untuk menjaga kesehatan dan martabat.

Konsekuensi dari pemberian jumlah air yang berbeda harus ditinjau terhadap tingkat kesakitan dan kematian penyakit terkait WASH. Berkoordinasi dengan pelaku WASH lainnya untuk menyetujui minimum umum untuk jumlah dalam konteks. Untuk panduan dalam menentukan jumlah air untuk manusia, ternak, kelembagaan dan penggunaan lainnya, ⊕ lihat Kesehatan penting - standar penyakit menular 2.1.1 hingga 2.1.4 dan WASH Lampiran 3. Untuk kebutuhan air darurat bagi hewan ⊕ lihat Buku Pegangan LEGS.

Kebutuhan	Jumlah (liter / orang / hari)	Beradaptasi dengan konteks berdasarkan
Bertahan hidup: asupan air (minum dan makanan)	2,5–3	Iklim dan fisiologi individu
Praktik higiene	2–6	Norma sosial dan budaya
Masakan dasar	3–6	Tipe makanan dan norma sosial dan budaya
Total air dasar	7,5–15	

Kebutuhan air minimum untuk bertahan hidup dasar: Kebutuhan air akan bervariasi di dalam penduduk, terutama bagi penyandang disabilitas atau menghadapi hambatan mobilitas, dan di antara kelompok dengan praktik keagamaan yang berbeda.

Pengukuran: Jangan hanya membagi jumlah air yang dikirim oleh penduduk yang dilayani. Survei rumah tangga, observasi dan kelompok diskusi masyarakat adalah metode yang lebih efektif untuk mengumpulkan data tentang penggunaan dan konsumsi air daripada mengukur jumlah air yang diangkut atau dipompa, atau penggunaan pompa tangan. Triangulasi laporan sistem air dengan laporan rumah tangga.

Akses dan kesetaraan: Titik-titik air termasuk mandi bersama, memasak dan fasilitas binatu dan jamban, serta *setting* kelembagaan seperti sekolah atau fasilitas kesehatan.

Sasaran jumlah minimum (lihat Indikator-indikator kunci di atas) mengandaikan bahwa titik air dapat diakses selama 8 jam sehari pasokan air konstan. Gunakan sasaran ini dengan hati-hati, karena mereka tidak menjamin jumlah minimum air atau akses yang setara.

Respons air bersih dan sanitasi harus memenuhi kebutuhan penduduk tuan rumah dan berfungsi secara adil untuk menghindari ketegangan dan konflik.

Selama perancangan, pertimbangkan kebutuhan yang bervariasi antar kelompok umur dan jenis kelamin, serta untuk penyandang disabilitas atau mereka yang menghadapi hambatan mobilitas. Cari titik air yang dapat diakses cukup dekat dengan rumah tangga untuk membatasi paparan terhadap setiap risiko perlindungan.

Beritahu penduduk yang terkena dampak kapan dan di mana mengharapkan penyampaian air, hak mereka untuk distribusi yang adil, dan bagaimana memberi umpan balik.



Waktu pulang-pergi dan antri: Waktu perjalanan dan antri yang berlebihan menunjukkan jumlah titik air yang tidak memadai atau hasil yang tidak memadai di sumber air. Hal ini dapat menyebabkan berkurangnya konsumsi air individu dan peningkatan konsumsi dari sumber permukaan yang tidak dilindungi, dan menghasilkan lebih sedikit waktu untuk tugas-tugas seperti pendidikan atau kegiatan yang menghasilkan pendapatan. Waktu antri juga memengaruhi risiko kekerasan pada antrean berdiri ⊕ lihat Prinsip Perlindungan 1 dan Komitmen Standar Kemanusiaan Inti 1.

Wadah air yang tepat: ⊕ Lihat Standar promosi higiene 1.2: Identifikasi, akses, dan penggunaan item higiene. Di mana pengolahan air tingkat rumah tangga dan penyimpanan aman (HWTSS) digunakan, sesuaikan jumlah dan ukuran wadah. Sebagai contoh, proses koagulan, flokulasi dan desinfeksi akan membutuhkan dua ember, sebuah kain yang saring dan sebuah pengaduk.

Pemrograman berbasis pasar untuk air: Analisis bagaimana rumah tangga mengakses air dan wadah air sebelum dan sesudah krisis. Penilaian pasar sederhana ini harus menginformasikan keputusan tentang bagaimana memberikan akses yang berkelanjutan ke air dalam jangka pendek dan panjang. Tentukan bagaimana menggunakan, mendukung dan mengembangkan pasar air, dengan mempertimbangkan pendekatan gabungan dari bantuan berbasis uang tunai rumah tangga, hibah dan pengembangan kapasitas teknis dengan penjual atau pemasok, atau cara lain. Lacak harga pasar bulanan (air, bahan bakar) untuk pengeluaran rumah tangga dari waktu ke waktu, dan gunakan kecenderungan ini untuk menginformasikan perubahan dalam rancangan program ⊕ lihat Memberikan bantuan melalui pasar.

Pembayaran: Biaya air tidak boleh lebih dari 3-5% dari pendapatan rumah tangga. Perhatikan bagaimana rumah tangga menutupi biaya yang lebih tinggi selama krisis dan mengambil langkah-langkah untuk melawan mekanisme penanggulangan negatif ⊕ lihat Prinsip Perlindungan 1. Pastikan sistem keuangan dikelola secara transparan.

Pengelolaan sistem dan infrastruktur air: Bekerja dengan masyarakat dan pemangku kepentingan lainnya untuk memutuskan penempatan, rancangan dan penggunaan titik-titik air (baik rencana jangka pendek dan jangka panjang). Ini termasuk fasilitas mandi, memasak dan binatu, jamban, dan lembaga seperti sekolah, pasar dan fasilitas kesehatan. Gunakan umpan balik untuk beradaptasi dan meningkatkan akses terhadap fasilitas air.

Pertimbangkan struktur tata kelola air sebelumnya dan saat ini, kemampuan dan kemauan masyarakat untuk membayar air dan layanan sanitasi, dan mekanisme pemulihan biaya. Pertimbangkan investasi modal dalam sistem pasokan air yang menawarkan penghematan jangka panjang atau skala ekonomi. Bandingkan alternatif seperti pemompaan tenaga surya atau sistem air leding dengan truk air, terutama dalam krisis berkepanjangan di daerah perkotaan dan permukiman warga.

Menyediakan sarana bagi orang untuk mengoperasikan dan memelihara sistem air melalui komite WASH atau kemitraan dengan sektor swasta atau publik.

Penggunaan air kemasan: Air yang diolah lebih efektif biaya, tepat dan secara teknis lebih baik daripada air kemasan, karena transportasi, biaya, mutu, dan timbunan sampah. Pengecualian dapat dilakukan untuk jangka pendek (misalnya, orang yang beraktivitas). Menetapkan sistem pengelolaan limbah plastik yang tepat.

Fasilitas mencuci, mencuci, dan mandi: Ketika pemandian pribadi rumah tangga tidak memungkinkan, sediakan fasilitas terpisah untuk laki-laki dan perempuan yang memastikan keamanan, privasi, dan martabat.

Berkonsultasilah dengan pengguna, khususnya perempuan, anak perempuan dan penyandang disabilitas, untuk memutuskan lokasi, rancangan dan keamanan fasilitas. Pertimbangkan akses terhadap air panas untuk mandi dan mencuci pakaian selama konteks tertentu, seperti menanggapi kudis, dan selama variasi iklim.

Saluran limbah dari titik-titik air, area cuci, fasilitas mandi dan tempat cuci tangan: Dalam membangun dan merehabilitasi distribusi air dan titik-titik penggunaan, pastikan bahwa air limbah tidak menimbulkan bahaya kesehatan atau tempat berkembang biak bagi vektor masalah. Buat rencana saluran limbah secara keseluruhan dengan berkoordinasi dengan perencana situs, sektor tempat penampungan dan/atau otoritas kota.

Rancang sistem dan infrastruktur WASH untuk memenuhi persyaratan saluran limbah. Misalnya, nilai tekanan pada keran, ukuran titik air dan/atau celemek pakaian, dan ketinggian dari keran ke dasar wadah air harus sesuai ⊕ lihat Standar hunian dan permukiman 2: Perencanaan lokasi dan permukiman.

Standar Pasokan Air 2.2:

Mutu Air

Rasa dan mutu air memadai untuk minum dan memasak, dan untuk higiene pribadi dan rumah tangga, tanpa menyebabkan risiko bagi kesehatan.

Tindakan-tindakan kunci

- 1 Identifikasi risiko kesehatan masyarakat yang terkait dengan air yang tersedia dan cara yang paling tepat untuk menguranginya.
 - Melindungi sumber air dan secara teratur memperbarui survei sanitasi di sumber dan titik air.
- 2 Menentukan metode yang paling tepat untuk memastikan air minum yang aman pada titik konsumsi atau penggunaan.
 - Memilih perawatan termasuk pengolahan dan distribusi air curah, dengan pengumpulan dan penyimpanan yang aman di tingkat rumah tangga atau pengolahan air tingkat rumah tangga dan penyimpanan yang aman.
- 3 Meminimalkan kontaminasi air pasca-penyampaian pada titik konsumsi atau penggunaan.
 - Melengkapi rumah tangga dengan wadah air yang aman untuk mengumpulkan dan menyimpan air minum, dan sarana untuk menarik air dengan aman untuk diminum.
 - Ukur parameter mutu air (sisa klorin bebas (FRC) dan unit pembentuk koliform (CFU) pada titik pembagian dan titik konsumsi atau penggunaan.

Indikator Kunci

Persentase orang terkena dampak yang mengumpulkan air minum dari sumber air yang dilindungi

Persentase rumah tangga yang diamati untuk menyimpan air dengan aman dalam wadah yang bersih dan tertutup setiap saat



Persentase tes mutu air memenuhi standar mutu air minimum

- <10 CFU / 100ml pada titik penyampaian (air yang tidak diklorinasi)
- >0.2–0.5mg / l FRC pada titik penyampaian penyampaian (air terklorinasi)
- Kekeuhan kurang dari 5 NTU

Catatan Panduan

Mempertahankan rantai air yang aman: Penyakit yang berhubungan dengan air menimbulkan risiko terhadap integritas rantai air. Hambatan pada penularan tinja-mulut termasuk penahanan kotoran, meliputi makanan, mencuci tangan pada saat-saat penting, dan pengumpulan dan penyimpanan air yang aman ⊕ lihat Standar promosi higiene 1.1; Standar manajemen tinja 3.2 dan Lampiran 2: Diagram F.

Penilaian risiko rantai air, dari sumber air ke wadah penyimpanan air minum, meliputi:

1. survei kesehatan lingkungan dari titik air;
2. observasi penggunaan wadah terpisah untuk pengumpulan dan penyimpanan air;
3. pengamatan wadah air minum yang bersih dan tertutup; dan
4. pengujian mutu air.

Di mana ada kemungkinan besar air yang tidak aman, tindakan ini dapat menyoroti risiko nyata tanpa melakukan pengujian mutu air rumah tangga yang padat karya.

Survei kesehatan lingkungan menilai kondisi dan praktik yang mungkin merupakan risiko kesehatan masyarakat pada persoalan titik air. Hal ini mempertimbangkan struktur titik air, saluran limbah, pagar, praktik membuang air besar dan praktik pengelolaan limbah padat sebagai sumber kontaminasi. Survei juga memeriksa wadah air di rumah tangga.

Mutu air: Ketika menugaskan sumber air baru, uji air untuk parameter fisik, bakteriologis dan kimia. Lakukan ini sebelum dan sesudah fluktuasi musiman lokal. Jangan mengabaikan analisis parameter kimia (seperti kadar fluoride dan arsen) yang dapat menyebabkan masalah kesehatan jangka panjang. Bakteri koliform tinja (> 99 persen di antaranya adalah *E. coli*) menunjukkan tingkat kontaminasi limbah manusia dan hewan dalam air dan kemungkinan adanya patogen berbahaya lainnya. Ketika ada koliform tinja, obati air. Bahkan ketika *E. coli* tidak ditemukan, air rentan terhadap kontaminasi ulang tanpa disinfektan sisa. Bila air diklorinasi (sebelum distribusi atau perawatan tingkat rumah tangga) lakukan pemeriksaan di tempat di rumah tangga dengan mengukur FRC dan mengobati bila perlu. Frekuensi penyampaian air, suhu dan lama waktu air disimpan semua mempengaruhi pengukuran FRC rumah tangga (disipasi klorin).

Mempromosikan sumber yang dilindungi: Orang mungkin lebih memilih sumber air yang tidak terlindungi seperti sungai, danau dan sumur yang tidak terlindungi untuk alasan rasa, kedekatan, dan kenyamanan sosial. Pahami alasan mereka dan kembangkan pesan dan kegiatan yang mempromosikan sumber air yang dilindungi.

Air yang dapat ditawarkan: Ketika air minum yang aman tidak enak (karena kadar garam, hidrogen sulfida atau klorin yang tidak digunakan oleh orang), pengguna dapat minum dari sumber yang lebih enak tetapi tidak aman. Libatkan masyarakat dan kegiatan higiene untuk mempromosikan air minum yang aman.

Desinfeksi air: Air harus diolah dengan disinfektan sisa seperti klorin ketika ada risiko yang signifikan dari sumber atau kontaminasi pasca persalinan. Risiko akan ditentukan oleh kepadatan penduduk, tempat pembuangan tinja, praktik higiene dan prevalensi penyakit diare. Kekeuhan harus di bawah 5 NTU. Ketika lebih tinggi, latih pengguna

untuk menyaring, mengendapkan, dan menuangkan air untuk mengurangi kekeruhan sebelum perawatan. Pertimbangkan klorinasi dosis ganda jangka pendek ketika tidak ada alternatif. Ketahuilah bahwa pelepasan klorin bervariasi tergantung pada panjang penyimpanan dan kisaran suhu, jadi faktor ini ke dalam dosis dan waktu kontak ⊕ lihat Lampiran 6: Pengolahan air rumah tangga dan pohon keputusan penyimpanan.

Jumlah versus mutu: Ketika tidak mungkin memenuhi Standar Minimum untuk jumlah dan mutu air, prioritaskan jumlah daripada mutu. Bahkan air dengan mutu menengah dapat digunakan untuk mencegah dehidrasi, menurunkan stres dan mencegah penyakit diare.

Kontaminasi pasca-penyampaian: Air yang aman pada titik penyampaian dapat terkontaminasi selama pengumpulan, penyimpanan dan penarikan air minum. Minimalkan ini melalui praktik pengumpulan dan penyimpanan yang aman. Bersihkan tangki penyimpanan rumah tangga atau permukiman secara teratur dan latih komunitas untuk melakukannya ⊕ lihat Standar promosi higiene 1.1 dan 1.2.

Pengolahan air tingkat rumah tangga dan penyimpanan yang aman (HWTSS): Gunakan HWTSS bila sistem pengolahan air yang dioperasikan secara terpusat tidak dimungkinkan. Pilihan HWTSS yang mengurangi diare dan meningkatkan mutu mikrobiologi dari air rumah tangga yang disimpan termasuk mendidih, klorinasi, desinfeksi matahari, filtrasi keramik, filtrasi pasir lambat, filtrasi membran, dan flokulasi dan desinfeksi. Bekerja dengan sektor lain untuk menyetujui persyaratan bahan bakar rumah tangga dan akses untuk air mendidih. Hindari memperkenalkan pilihan pengolahan air yang tidak biasa dalam krisis dan epidemi. Penggunaan pilihan HWTSS yang efektif memerlukan tindak lanjut, dukungan dan pemantauan secara teratur, dan merupakan prasyarat untuk mengadopsi pilihan HWTSS sebagai pendekatan pengolahan air alternatif ⊕ lihat Lampiran 6: Pengolahan air rumah tangga dan pohon keputusan penyimpanan.

Mutu air untuk institusi: Rawat semua persediaan air untuk sekolah, rumah sakit, pusat kesehatan dan pusat makanan dengan klorin atau disinfektan residu lainnya ⊕ lihat Lampiran 3: Jumlah minimum air: angka kelangsungan hidup dan mengukur kebutuhan air

Jumlah air minimum: angka kelangsungan hidup dan kebutuhan air kuantitatif. Kontaminasi kimia dan radiologi: Ketika ada catatan atau pengetahuan hidrogeologi tentang tindakan industri atau militer menunjukkan bahwa pasokan air dapat membawa risiko kesehatan masyarakat kimia atau radiologi, lakukanlah analisis kimia. Keputusan untuk menggunakan air yang terkontaminasi mungkin untuk persediaan jangka panjang hanya harus mengikuti analisis menyeluruh dari implikasi kesehatan dan validasi dengan pihak berwenang setempat.



3. Manajemen tinja

Lingkungan yang bebas dari kotoran manusia (tinja) sangat penting untuk martabat, keselamatan, kesehatan, dan kesejahteraan manusia. Ini termasuk lingkungan alam serta lingkungan hidup, pembelajaran dan kerja. Manajemen tinja yang aman adalah prioritas WASH. Dalam situasi krisis, sama pentingnya dengan menyediakan pasokan air yang aman.

Semua orang harus memiliki akses terhadap jamban yang tepat, aman, bersih dan andal. Buang air besar dengan bermartabat adalah masalah yang sangat pribadi. Kesesuaian ditentukan oleh praktik budaya, kebiasaan dan kebiasaan sehari-hari, persepsi, dan apakah individu telah menggunakan fasilitas sanitasi sebelumnya. Buang air besar manusia yang tidak terkendali merupakan risiko tinggi terhadap kesehatan, terutama bila kepadatan penduduk tinggi, di mana orang-orang mengungsi, dan di lingkungan basah atau lembab. Istilah yang berbeda digunakan di sektor WASH untuk menentukan fasilitas manajemen tinja. Dalam Buku ini, "jamban" berarti setiap fasilitas atau perangkat yang segera mengandung tinja dan menciptakan penghalang pertama antara orang dan limbah ⊕ lihat Lampiran 2: Diagram F.

Pengendalian kotoran manusia jauh dari orang-orang menciptakan penghalang awal untuk penyakit tinja terkait dengan mengurangi jalur langsung dan tidak langsung dari penularan penyakit ⊕ lihat Lampiran 2: The F Diagram. Pengurangan tinja harus diintegrasikan dengan pengumpulan, transportasi, perawatan dan pembuangan untuk meminimalkan risiko kesehatan masyarakat dan dampak lingkungan.

Bukti tinja manusia dalam lingkungan yang hidup, belajar dan bekerja dapat mengindikasikan masalah perlindungan. Orang mungkin tidak merasa aman menggunakan fasilitas, terutama di daerah padat penduduk.

Untuk bab ini, "tinja manusia" didefinisikan sebagai masalah sampah yang dibuang dari tubuh, terutama tinja, air kemih, dan kotoran menstruasi. Standar di bagian ini mencakup seluruh rantai tinja, dari penahanan awal hingga perawatan akhir.

Standar Manajemen tinja 3.1:

Lingkungan bebas dari kotoran manusia

Semua tinja aman terkandung di tempat untuk menghindari kontaminasi lingkungan alami, hidup, belajar, bekerja dan warga.

Tindakan-tindakan kunci

- 1 ▢ Membangun fasilitas di permukiman warga yang baru dibangun atau mereka yang memiliki infrastruktur yang rusak parah untuk segera mengandung tinja.
- 2 ▢ Melakukan dekontaminasi kotoran yang terkontaminasi hidup, belajar dan ruang kerja atau sumber air permukaan segera.
- 3 ▢ Merancang dan bangun semua fasilitas pengelolaan tinja berdasarkan penilaian risiko potensi kontaminasi dari sumber air permukaan atau air tanah di dekatnya.
 - Mengkaji topografi lokal, kondisi tanah dan air tanah dan air permukaan (termasuk variasi musiman) untuk menghindari pencemaran sumber air dan menginformasikan pilihan teknis.

- 4 Mengisi dan buang tinja anak-anak dan bayi dengan aman.
- 5 Merancang dan bangun semua fasilitas manajemen tinja untuk meminimalkan akses terhadap tinja oleh vektor masalah.

Indikator Kunci

Tidak ada kotoran manusia di lingkungan tempat orang tinggal, belajar, dan bekerja

Semua fasilitas pengurangan tinja ditempatkan dengan tepat dan memiliki jarak yang cukup dari sumber permukaan atau air tanah.

Catatan Panduan

Pentahapan: Segera setelah krisis, kontrol defekasi terbuka sembarangan sebagai masalah yang mendesak. Tetapkan daerah buang air besar, lokasi dan bangun jamban komunal, dan mulailah kampanye hygiene terpadu. Mencegah buang air besar dekat semua sumber air (baik digunakan untuk minum atau tidak) dan penyimpanan air dan fasilitas pengolahan air. Jangan membangun tempat buang air besar menanak atau melawan permukiman. Jangan membangunnya di jalan umum, dekat fasilitas umum (terutama fasilitas kesehatan dan gizi) atau dekat tempat penyimpanan dan persiapan makanan. Lakukan kampanye promosi hygiene yang mendorong pembuangan kotoran aman dan menciptakan permintaan untuk lebih banyak jamban. Dalam krisis perkotaan, nilai tingkat kerusakan sistem saluran limbah yang ada. Pertimbangkan untuk memasang jamban keliling atau menggunakan tangki septik atau tangki penahanan yang dapat secara teratur disingkirkan.

Jarak dari sumber air: Pastikan bahan tinja dari fasilitas penahanan (parit jamban, lubang, kubah, tangki septik, lubang perendaman) tidak mencemari sumber air. Kontaminasi tinja bukan masalah kesehatan masyarakat segera kecuali sumber air dikonsumsi, tetapi kerusakan lingkungan harus dihindari.

Bila memungkinkan, lakukan uji permeabilitas tanah untuk menentukan kecepatan di mana limbah bergerak melalui tanah (laju infiltrasi). Gunakan ini untuk menentukan jarak minimum antara fasilitas penahanan dan sumber air.

Tingkat infiltrasi akan bergantung pada tingkat kejenuhan tanah, ekstraksi apapun dari sumbernya, dan sifat dari tinja (lebih banyak ekskresi air akan berjalan lebih cepat daripada kotoran yang kurang encer).

Ketika uji permeabilitas tanah tidak dapat dilakukan, jarak antara fasilitas penampungan dan sumber air harus setidaknya 30 meter, dan bagian bawah lubang harus setidaknya 1,5 meter di atas permukaan air tanah. Tingkatkan jarak ini untuk batu karang dan batu gamping, atau turunkan untuk tanah halus.

Dalam situasi permukaan air tanah yang tinggi atau situasi banjir, membuat infrastruktur wadah kedap air untuk meminimalkan kontaminasi air tanah. Sebagai alternatif, bangun jamban atau tangki septik untuk menampung kotoran dan hindari mencemari lingkungan. Mencegah saluran limbah atau tumpahan dari tangki septik dari mencemari air permukaan atau sumber air tanah. Ketika dicurigai adanya kontaminasi, segera identifikasi dan kendalikan sumber kontaminasi dan mulai pengolahan air. Beberapa kontaminan air dapat dikelola dengan metode perawatan pemurnian seperti klorinasi. Namun, sumber kontaminan seperti nitrat perlu diidentifikasi dan dikendalikan. Methae-



moglobinaemia adalah kondisi akut tetapi reversibel terkait dengan kadar nitrat tinggi dalam air minum, misalnya ⊕ lihat Standar pasokan air 2.2: Mutu air.

Pengelolaan tinja anak-anak: Tinja bayi dan anak-anak biasanya lebih berbahaya daripada orang dewasa. Infeksi yang berhubungan dengan tinja anak-anak sering lebih tinggi, dan anak-anak mungkin tidak mengembangkan antibodi terhadap infeksi. Berikan orang tua dan pengasuh informasi tentang pembuangan tinja bayi yang aman, praktik pencucian dan penggunaan popok (popok), pispot atau sekop untuk mengelola pembuangan yang aman.

Standar manajemen tinja 3.2:

Akses dan penggunaan jamban

Warga memiliki jamban yang memadai, sesuai dan dapat diterima untuk memungkinkan akses yang cepat, aman dan aman setiap saat.

Tindakan-tindakan kunci

- 1 Menentukan pilihan teknis yang paling tepat untuk jamban.
 - Merancang dan membangun jamban untuk meminimalkan ancaman keselamatan dan keamanan bagi pengguna dan petugas kebersihan, terutama perempuan dan anak perempuan, anak-anak, orang tua dan penyandang disabilitas.
 - Memisahkan semua jamban umum atau bersama berdasarkan jenis kelamin dan berdasarkan usia di mana perlu.
- 2 Menghitung kebutuhan jamban penduduk yang terkena dampak berdasarkan risiko kesehatan masyarakat, kebiasaan budaya, pengumpulan dan penyimpanan air.
- 3 Melakukan konsultasi dengan para pemangku kepentingan yang mewakili tentang penentuan tapak, rancangan dan pembuatan jamban keluarga atau bersama.
 - Mempertimbangkan akses dan penggunaan berdasarkan usia, jenis kelamin dan kecacatan; orang yang menghadapi hambatan gerak; orang yang hidup dengan HIV; orang dengan inkontinensia; dan minoritas seksual atau gender.
 - Menempatkan jamban komunal yang cukup dekat dengan rumah tangga untuk memungkinkan akses yang aman, dan cukup jauh sehingga rumah tangga tidak distigmatisasi oleh kedekatan dengan jamban.
- 4 Menyediakan fasilitas yang sesuai di dalam jamban untuk mencuci dan mengeringkan atau pembuangan bahan menstruasi dan bahan inkontinensia.
- 5 Memastikan bahwa kebutuhan pasokan air dari pilihan-pilihan teknis dapat dipenuhi secara layak.
 - Menyertakan pasokan air yang cukup untuk mencuci tangan dengan sabun, untuk pembersihan dubur, dan untuk menyiram atau mekanisme segel yang bersih ketika terpilih.

Indikator Kunci

Rasio jamban komunal

- Minimum 1 per 20 orang

Jarak antara tempat tinggal dan jamban komunal

- Maksimum 50 meter

Persentase jamban yang memiliki kunci internal dan pencahayaan yang memadai

Persentase jamban dilaporkan aman oleh perempuan dan anak perempuan

Persentase perempuan dan anak perempuan puas dengan pilihan manajemen higiene menstruasi di jamban yang biasa mereka gunakan

Catatan Panduan

Apa yang memadai, sesuai, dan dapat diterima? Jenis jamban yang dipilih akan tergantung pada fase respons, pilihan pengguna yang dituju, infrastruktur yang ada, ketersediaan air untuk pembilasan dan segel air, pembentukan tanah dan ketersediaan bahan-bahan konstruksi. Umumnya, jamban memadai, sesuai dan dapat diterima ketika jamban:

- aman digunakan untuk semua penduduk, termasuk anak-anak, orang tua, perempuan hamil dan penyandang disabilitas;
- berada untuk meminimalkan ancaman keamanan bagi pengguna, terutama untuk perempuan dan anak perempuan dan orang-orang dengan masalah perlindungan khusus lainnya;
- tidak lebih dari 50 meter dari tempat tinggal;
- memberikan privasi sesuai dengan harapan pengguna;
- mudah digunakan dan tetap bersih (umumnya, jamban yang bersih digunakan lebih sering);
- tidak menghadirkan bahaya bagi lingkungan;
- memiliki ruang yang cukup untuk pengguna yang berbeda;
- memiliki kunci di dalam;
- diberikan akses air yang mudah untuk mencuci tangan, pembersihan dan pembilasan dubur;
- memungkinkan pembersihan yang bermartabat, pengeringan dan pembuangan bahan menstruasi perempuan, dan bahan inkontinensia anak dan orang dewasa;
- meminimalkan pembiakan nyamuk dan terbang; dan
- meminimalkan bau.

Berikan orang-orang yang memiliki penyakit kronis, seperti HIV, dengan akses mudah ke jamban. Mereka sering menderita diare kronis dan mobilitas berkurang. Pantau penggunaan dan persentase orang yang melaporkan bahwa jamban memenuhi persyaratan mereka. Gunakan informasi ini untuk memahami kelompok mana yang tidak puas dan bagaimana memperbaiki situasi. Pertimbangkan akses dan penggunaan berdasarkan jenis kelamin dan usia, penyandang disabilitas atau menghadapi hambatan mobilitas, orang yang hidup dengan HIV dan orang dengan inkontinensia.



Aksesibilitas: Pilihan teknis yang dipilih harus menghormati hak semua orang, termasuk penyandang disabilitas, untuk mengakses fasilitas sanitasi dengan aman. Jamban yang dapat diakses, atau penambahan jamban yang ada, mungkin perlu dibangun, disesuaikan atau dibeli untuk anak-anak, orang tua dan orang cacat atau inkontinensia. Sebagai panduan, jamban berakses tunggal dengan landai atau bertingkat, dengan peningkatan aksesibilitas di dalam suprastruktur, juga harus tersedia dengan **rasio minimum 1 per 250 orang**.

Fasilitas yang aman dan terjamin: Penetapan jamban yang tidak tepat dapat membuat perempuan dan anak perempuan lebih rentan untuk diserang, terutama pada malam hari. Pastikan bahwa semua kelompok berisiko, termasuk perempuan dan anak perempuan, anak laki-laki, orang tua dan orang lain dengan masalah perlindungan khusus merasa dan aman ketika menggunakan jamban selama siang dan malam. Fasilitas cukup ringan dan mempertimbangkan menyediakan kelompok berisiko dengan obor. Tanyakan kepada masyarakat, terutama mereka yang paling berisiko, bagaimana meningkatkan keselamatan mereka. Konsultasikan pemangku kepentingan dari sekolah, pusat kesehatan dan klinik, ruang ramah anak, pasar, dan pusat pemberian gizi.

Perhatikan bahwa tidak cukup hanya berkonsultasi dengan perempuan dan anak-anak tentang fasilitas WASH yang aman dan bermartabat, karena dalam banyak konteks, laki-laki mengendalikan apa yang diizinkan oleh perempuan dan anak-anak. Sadarilah hierarki sosial dan dinamika kuasa ini, dan secara aktif terlibat dengan pembuat keputusan untuk memperkuat hak perempuan dan anak-anak untuk mengakses jamban dan kamar mandi dengan aman.

Pencahayaan di fasilitas umum dapat meningkatkan akses tetapi juga dapat menarik orang untuk menggunakan pencahayaan untuk keperluan lain. Bekerja dengan komunitas, terutama mereka yang paling berisiko terhadap ancaman keselamatan mereka, untuk menemukan cara-cara tambahan untuk mengurangi paparan mereka terhadap risiko.

Menghitung kebutuhan jamban: Pertimbangkan bagaimana menyesuaikan persyaratan jamban dalam konteks untuk mencerminkan perubahan dalam lingkungan hidup sebelum dan sesudah krisis, persyaratan di area publik dan risiko kesehatan masyarakat tertentu. Selama fase pertama dari krisis yang cepat, **jamban komunal adalah pemecahan masalah langsung dengan rasio minimum 1 per 50 orang**, yang harus diperbaiki sesegera mungkin. **Rasio minimum jangka menengah adalah 1 per 20 orang**, dengan rasio 3: 1 untuk jamban perempuan dan laki-laki. Untuk angka perencanaan dan jumlah jamban ⊕ lihat Lampiran 4.

Rumah tangga, bersama atau komunal? Jamban rumah tangga dianggap ideal dalam hal keamanan, kenyamanan, dan martabat pengguna, dan hubungan yang ditunjukkan antara kepemilikan dan pemeliharaan. Terkadang fasilitas bersama untuk sekelompok kecil tempat tinggal mungkin merupakan norma. Jamban umum atau bersama dapat dirancang dan dibangun dengan tujuan memastikan jamban rumah tangga di masa depan. Misalnya, meninggalkan koridor sanitasi di permukiman menyediakan ruang untuk membangun fasilitas umum yang dekat dengan tempat perlindungan dan kemudian membangun fasilitas rumah tangga sesuai anggaran yang diizinkan. Koridor sanitasi memastikan akses untuk penyedotan lumpur, pemeliharaan dan penonaktifan.

Jamban umum juga akan diperlukan di beberapa ruang publik atau warga seperti fasilitas kesehatan, pasar, pusat makanan, lingkungan belajar dan penerimaan atau layanan administratif ⊕ lihat Lampiran 4: Jumlah jamban minimum: komunitas, tempat umum dan institusi.

Fasilitas sanitasi umum yang dibangun selama respons cepat akan memiliki persyaratan operasi dan pemeliharaan khusus. Pembayaran untuk pembersih jamban dapat disepakati dengan masyarakat sebagai tindakan sementara, dengan strategi keluar yang jelas.

Air dan bahan pembersih dubur: Dalam merancang fasilitas, pastikan cukup air, kertas jamban atau bahan pembersih dubur lainnya tersedia. Konsultasikan pengguna tentang bahan pembersih yang paling tepat dan pastikan pembuangan yang aman dan keberlanjutan pasokan.

Mencuci tangan: Pastikan bahwa fasilitas tersebut memungkinkan untuk mencuci tangan, termasuk air dan sabun (atau alternatif lain seperti abu) setelah menggunakan jamban, membersihkan bagian bawah anak yang buang air besar, dan sebelum makan dan menyiapkan makanan.

Manajemen higiene menstruasi: Jamban harus mencakup wadah yang sesuai untuk pembuangan bahan menstruasi untuk mencegah penyumbatan pipa saluran pembuangan atau kesulitan dalam lubang penyedotan kotoran atau tangka tinja. Berkonsultasi dengan perempuan dan gadis tentang rancangan jamban untuk menyediakan ruang, akses terhadap air untuk mencuci, dan mengeringkan tempat.

Standar manajemen tinja 3.3:

Pengelolaan dan pemeliharaan pengumpulan tinja, transportasi, pembuangan dan perawatan

Fasilitas pengelolaan tinja, infrastruktur dan sistem dikelola dan dipelihara dengan aman untuk memastikan penyediaan layanan dan dampak minimal terhadap lingkungan sekitarnya.

Tindakan-tindakan kunci

- 1 Menetapkan sistem pengumpulan, transportasi, perawatan dan pembuangan yang selaras dengan sistem lokal, dengan bekerja sama dengan otoritas daerah yang bertanggung jawab untuk manajemen tinja.
 - Menerapkan standar nasional yang ada dan memastikan bahwa setiap beban tambahan yang ditempatkan pada sistem yang ada tidak berpengaruh buruk terhadap lingkungan atau masyarakat.
 - Menyepakati dengan otoritas daerah dan pemilik tanah tentang penggunaan lahan untuk perawatan dan pembuangan di luar lokasi.
- 2 Mendefinisikan sistem pengelolaan jamban jangka pendek dan jangka panjang, terutama sub-struktur (lubang, kubah, tangki tinja, lubang perendam).
 - Merancang dan mengukur sub-struktur untuk memastikan bahwa semua tinja dapat disimpan dengan aman dan lubang-lubang disedot.
 - Menetapkan peran dan tanggung jawab yang jelas dan bertanggung jawab dan tentukan sumber keuangan untuk operasi dan pemeliharaan di masa depan.
- 3 Menghilangkan fasilitas penahanan dengan aman, mengingatkan mereka yang melakukan pengumpulan dan orang-orang di sekitar mereka.
- 4 Pastikan bahwa orang memiliki informasi, sarana, alat dan bahan untuk membangun, membersihkan, memperbaiki dan memelihara jamban mereka.



- Melakukan kampanye promosi higiene untuk penggunaan, pembersihan dan pemeliharaan jamban.
- 5 Mengkonfirmasi bahwa setiap air yang dibutuhkan untuk transportasi tinja dapat dipenuhi dari sumber air yang tersedia, tanpa menempatkan tekanan yang berlebihan pada sumber-sumber tersebut.

Indikator Kunci

Semua kotoran manusia dibuang dengan cara yang aman untuk kesehatan masyarakat dan lingkungan

Catatan Panduan

Penyedotan adalah pembuangan tinja (yang tidak dirawat dan sebagian dirawat) dari lubang, lemari besi atau tangki, dan transportasi ke fasilitas perawatan dan pembuangan di luar lokasi.

Saat penyedotan diperlukan, itu harus dirancang ke dalam operasi dan proses pemeliharaan dan anggaran dari awal.

Air sawah atau air limbah domestik diklasifikasikan sebagai limbah ketika dicampur dengan kotoran manusia. Kecuali permukiman tersebut berlokasi di mana ada sistem pembuangan kotoran yang ada, air limbah domestik tidak boleh dibiarkan bercampur dengan kotoran manusia. Pembuangan limbah sulit dan lebih mahal untuk dirawat daripada air limbah domestik.

Perencanaan: Awalnya, rencanakan jumlah pengeluaran kotoran 1–2 liter per orang per hari. Jangka panjang, rencana untuk 40–90 liter per orang per tahun; tinja berkurang volumenya saat terurai. Volume yang sebenarnya akan tergantung pada apakah air digunakan untuk pembilasan atau tidak, apakah bahan atau air digunakan untuk pembersihan dubur, apakah air dan bahan lain digunakan untuk membersihkan jamban, dan diet para pengguna. Pastikan bahwa air rumah tangga dari membersihkan dan memasak atau dari cucian dan mandi tidak masuk ke fasilitas penampungan, karena kelebihan air akan berarti lebih banyak penyedotan lumpur. Biarkan 0,5 meter di atas lubang untuk isi ulang.

Untuk situasi kesehatan masyarakat tertentu seperti wabah kolera, ⊕ lihat standar WASH 6: WASH dalam fasilitas perawatan kesehatan.

Pasar lokal: Gunakan bahan yang tersedia di tempat dan persiapkan untuk pembangunan jamban ketika perlu. Hal ini untuk meningkatkan partisipasi dalam penggunaan dan pemeliharaan fasilitas.

Pengurug tinja dalam lingkungan yang sulit: Dalam banjir atau krisis perkotaan, fasilitas pengumpulan tinja yang tepat dapat sangat sulit untuk disediakan. Dalam situasi ini, pertimbangkan mengangkat jamban, jamban pengalihan air kemih, tangki penampungan limbah, dan kantong plastik sekali pakai sementara dengan sistem pengumpulan dan pembuangan yang tepat. Dukung pendekatan yang berbeda ini dengan kegiatan promosi higiene.

Tinja sebagai sumber daya: Tinja juga merupakan sumber potensial. Teknologi tersedia untuk mengubah lumpur olahan menjadi energi, misalnya sebagai batu bata yang mudah terbakar atau sebagai biogas. Proses sanitasi ekologis atau pengomposan memulihkan fraksi organik dan gizi dari kombinasi limbah manusia dan sampah dapur organik. Kompos yang dihasilkan dapat digunakan sebagai pendingin tanah atau pupuk untuk kebun rumah tangga.

4. Pengendalian Vektor

Vektor adalah agen pembawa penyakit. Vektor menciptakan jalur dari sumber penyakit ke manusia. Penyakit yang ditularkan vektor adalah penyebab utama penyakit dan kematian di banyak situasi kemanusiaan. Kebanyakan vektor adalah serangga seperti nyamuk, lalat dan kutu, namun hewan pengerat juga bisa menjadi vektor. Beberapa vektor juga bisa menyebabkan gigitan menyakitkan. Vektor dapat berupa gejala masalah pengelolaan limbah padat, saluran limbah atau tinja, pemilihan lokasi yang tidak sesuai, atau masalah keselamatan dan keamanan yang lebih luas.

Penyakit yang ditularkan melalui vektor dapat menjadi rumit, dan memecahkan masalah terkait vektor mungkin memerlukan saran spesialis. Namun, tindakan sederhana dan efektif dapat mencegah penyebaran penyakit semacam itu.

Program pengendalian vektor mungkin tidak berdampak ketika mereka menargetkan vektor yang salah, menggunakan metode yang tidak efektif, atau menargetkan vektor yang tepat di tempat yang salah atau pada waktu yang salah. Kontrol harus disasar dan berdasarkan siklus hidup dan ekologi vektor.

Program kontrol harus bertujuan untuk mengurangi kepadatan populasi vektor, lokasi perkembangbiakan vektor, dan kontak antara manusia dan vektor. Dalam mengembangkan program kontrol, konsultasikan penelitian yang ada dan dapatkan saran ahli dari organisasi kesehatan nasional dan internasional. Carilah nasihat lokal tentang pola penyakit, lokasi perkembangbiakan dan variasi musiman dalam jumlah vektor dan kejadian penyakit.

Standar dalam bagian ini berfokus pada mengurangi atau menghilangkan vektor masalah untuk mencegah penyakit yang ditularkan vektor dan mengurangi gangguan. Pengendalian vektor lintas berbagai sektor diperlukan ⊕ lihat Standar hunian dan permukiman 2, Kesehatan penting - standar penyakit menular 2.1.1 dan standar bantuan Makanan 6.2.

Standar Pengendalian Vektor 4.1:

Pengendalian vektor di tingkat permukiman

Warga yang tinggal di lingkungan pembibitan vektor dan tempat makan disasar untuk mengurangi risiko masalah terkait vektor.

Tindakan-tindakan kunci

- 1 ▢ Menilai risiko penyakit vektor-ditanggung untuk wilayah yang ditentukan.
 - Menetapkan apakah tingkat insiden di wilayah tersebut lebih besar dari Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) atau norma nasional yang ditetapkan untuk penyakit tersebut.
 - Memahami situs perkembangbiakan vektor potensial dan siklus hidup, terutama makan, yang diinformasikan oleh kepakaran lokal dan pengetahuan tentang vektor penting.
- 2 ▢ Menyelaraskan tindakan pengendalian vektor kemanusiaan dengan rencana atau sistem pengendalian vektor lokal, dan dengan pedoman, program atau kebijakan nasional.



- 3) Menentukan apakah pengendalian kimiawi atau non-kimiawi dari vektor di luar rumah tangga relevan berdasarkan pemahaman tentang siklus kehidupan vektor.
- Menginformasikan penduduk tentang potensi risiko yang berasal dari pengendalian kimiawi vektor dan tentang jadwal untuk penggunaan bahan kimiawi.
 - Melatih dan melengkapi semua personel yang menangani bahan kimia dengan alat pelindung diri (APD) dan pakaian

Indikator Kunci

Persentase situs perkembangbiakan yang diidentifikasi di mana siklus hidup vektor terganggu

Catatan Panduan

Permukiman warga: Pemilihan lokasi penting untuk meminimalkan paparan penduduk yang terkena dampak terhadap risiko penyakit yang ditularkan vektor. Ini harus menjadi salah satu faktor kunci ketika mempertimbangkan kemungkinan situs. Untuk mengendalikan malaria, misalnya, cari permukiman warga 1–2 kilometer dari tempat pembiakan besar seperti rawa atau danau, tetapi pastikan ketersediaan sumber air bersih tambahan. Pertimbangkan dampak situs permukiman baru dapat memiliki keberadaan vektor masalah di penduduk tuan rumah tetangga ⊕ lihat Standar hunian dan permukiman 2: Perencanaan lokasi dan permukiman.

Menilai faktor risiko: Keputusan dasar tentang respons pengendalian vektor pada penilaian potensi penyakit dan risiko lainnya, serta pada bukti epidemiologis dan klinis masalah penyakit yang ditularkan vektor. Tinjau kasus yang dicurigai dan dikonfirmasi selama dua tahun sebelumnya di area yang ditentukan.

Faktor-faktor lain yang memengaruhi risiko ini termasuk:

- Status kekebalan penduduk, termasuk paparan sebelumnya dan tekanan gizi dan lainnya;
- Pergerakan orang dari daerah yang tidak endemik ke endemik selama pemindahan;
- Jenis patogen dan prevalensi, baik pada vektor dan manusia;
- Spesies vektor, angka, perilaku dan ekologi (musim, tempat berkembang biak) dan bagaimana mereka berpotensi berinteraksi; dan
- Peningkatan paparan terhadap vektor sebagai akibat dari kedekatan, pola permukiman, jenis tempat tinggal, perlindungan individu yang ada dan langkah-langkah penghindaran.

Menghapus atau memodifikasi perkembangbiakan dan tempat pemberian makan vektor: Banyak kegiatan WASH dapat berdampak besar pada tempat perkembangbiakan dan tempat makan, termasuk:

- Menghilangkan genangan air atau area basah di sekitar titik distribusi air, area pemandian dan tempat mencuci;
- Mengelola penyimpanan limbah padat di tingkat rumah tangga, selama pengumpulan dan transportasi, dan di tempat pengolahan dan pembuangan;
- Menyediakan tutup untuk wadah air;
- Mengelola tinja;
- Membersihkan jamban dan suprastruktur untuk menghalangi kehadiran vektor;

- Menutup lubang jamban untuk memastikan tidak ada tinja memasuki lingkungan dan vektor masalah tidak masuk ke pit;
- Menjalankan program promosi higiene pada higiene umum; dan menjaga agar sumur tertutup dan / atau merawatnya dengan larvasida, misalnya bila demam berdarah adalah endemik.

Tiga spesies utama nyamuk yang bertanggung jawab untuk penularan penyakit adalah:

- *Culex* (filariasis dan virus West Nile), yang berkembang biak di air yang tergenang dengan bahan organik, seperti di jamban;
- *Anopheles* (malaria dan filariasis), yang berkembang biak di air permukaan yang relatif tidak tercemar seperti genangan air, aliran sungai yang lambat dan sumur; dan
- *Aedes* (demam berdarah, demam kuning, Chikungunya dan virus Zika), yang berkembang biak di wadah air seperti botol, ember dan ban.

Pengendalian biologis dan non-kimia: Pengendalian biologis memperkenalkan organisme yang memangsa, parasit, bersaing dengan atau mengurangi penduduk spesies vektor sasaran. Sebagai contoh, ikan-ikan jinak dan udang-udangan air tawar dapat mengendalikan nyamuk *Aedes* (vektor Dengue). Salah satu strategi yang paling menjanjikan adalah penggunaan bakteri endosimbiotik *Wolbachia*, yang telah ditargetkan untuk mengurangi transmisi virus dengue. Pengendalian biologis telah efektif dalam lingkungan operasional tertentu, dan bukti menunjukkan bahwa itu efektif dalam skala.

Sementara pengendalian biologis menghindari pencemaran kimia lingkungan, mungkin ada batasan operasional dan konsekuensi ekologi yang tidak diinginkan. Metode pengendalian biologis hanya efektif terhadap tahap-tahap yang belum dewasa nyamuk vektor dan biasanya terbatas untuk digunakan dalam wadah atau tempat penyimpanan air tanah liat atau tembikar yang besar. Ketersediaan masyarakat lokal untuk menerima pengenalan organisme ke dalam wadah air sangat penting. Keterlibatan masyarakat diinginkan ketika mendistribusikan organisme pengendali dan dalam pemantauan dan pengisian kembali wadah bila diperlukan.

Respons teknik lingkungan: Beberapa tindakan rekayasa lingkungan dasar mengurangi perkembangbiakan vektor, termasuk:

- Pembuangan tinja manusia dan hewan yang tepat, jamban yang berfungsi dengan baik, dan menjaga tutup pada lubang jongkok di jamban;
- Pembuangan limbah padat yang tepat untuk mengendalikan serangga dan hewan pengerat;
- Memastikan saluran limbah yang baik di permukiman; dan
- Menguras genangan air dan membersihkan vegetasi di sekitar saluran terbuka dan kolam untuk mengendalikan nyamuk.

Langkah-langkah tersebut akan mengurangi kepadatan penduduk beberapa vektor. Mungkin tidak mungkin untuk memiliki dampak yang cukup pada semua perkembangbiakan vektor, tempat makan dan tempat istirahat di dalam atau di dekat permukiman, bahkan dalam jangka panjang. Bila demikian, pertimbangkan pengendalian kimiawi lokal atau tindakan perlindungan individu. Penyemprotan ruang yang terinfeksi dapat mengurangi jumlah lalat dewasa dan mencegah epidemi diare atau membantu meminimalkan beban penyakit ketika digunakan selama epidemi. Penyemprotan sisa dalam ruangan akan mengurangi kepadatan nyamuk dewasa yang menyebarkan malaria atau demam berdarah. Umpan beracun akan mengurangi penduduk hewan pengerat.



Protokol nasional dan internasional: WHO telah menerbitkan protokol dan norma internasional yang jelas yang membahas baik pilihan dan aplikasi bahan kimia dalam pengendalian vektor, serta perlindungan personil dan persyaratan pelatihan. Tindakan pengendalian vektor harus mengatasi dua masalah utama: kemanjuran dan keamanan. Ketika norma-norma nasional mengenai pilihan bahan kimia tidak memenuhi standar internasional, maka konsultasikan dengan dan lobi otoritas nasional yang relevan untuk izin untuk mematuhi standar internasional.

Lindungi semua personil yang menangani bahan kimia dengan memberikan pelatihan, pakaian pelindung, dan fasilitas mandi serta membatasi jumlah jam yang dihabiskan untuk menangani bahan kimia.

Koordinasi dengan pengobatan malaria: Menerapkan pengendalian vektor malaria secara bersamaan dengan diagnosis dini dan pengobatan dengan anti-malaria ⊕ lihat Kesehatan penting - standar penyakit menular 2.1.1: Pencegahan

Standar Pengendalian Vektor 4.2:

Tindakan rumah tangga dan pribadi untuk pengendalian vektor

Semua orang yang terkena dampak memiliki pengetahuan dan sarana untuk melindungi diri mereka dan keluarga mereka dari vektor yang dapat menyebabkan risiko yang signifikan terhadap kesehatan atau kesejahteraan.

Tindakan-tindakan kunci

- 1 ▢ Menilai praktik penghindaran vektor atau pencegahan saat ini di tingkat rumah tangga sebagai bagian dari program promosi higiene secara keseluruhan.
 - Identifikasi hambatan untuk mengadopsi pilihan perilaku dan motivator yang lebih efektif.
- 2 ▢ Menggunakan kampanye kesadaran partisipatif dan dapat diakses untuk memberi tahu orang-orang tentang vektor masalah, waktu dan lokasi transmisi risiko tinggi, dan tindakan pencegahan.
 - Menindaklanjuti secara khusus dengan kelompok berisiko tinggi.
- 3 ▢ Melakukan penilaian pasar lokal tentang langkah-langkah pencegahan yang relevan dan efektif.
 - Mempertimbangkan penguatan pasar untuk menyediakan sumber langkah pencegahan yang berkelanjutan.
 - Membuat rencana pengadaan, distribusi, dan pelaksanaan untuk bahan pengendalian vektor bekerja sama dengan masyarakat, pihak berwenang setempat, dan sektor lain ketika pasar lokal tidak dapat memenuhi permintaan.
- 4 ▢ Melatih komunitas untuk memantau, melaporkan, dan memberikan umpan balik mengenai vektor masalah dan program pengendalian vektor.

Indikator Kunci

Persentase orang yang terkena dampak yang dapat dengan tepat menggambarkan mode transmisi dan tindakan pengendalian vektor yang efektif di tingkat rumah tangga

Persentase orang yang telah mengambil tindakan yang tepat untuk melindungi diri dari penyakit yang ditularkan vektor yang relevan

Persentase rumah tangga dengan perlindungan yang memadai untuk makanan yang disimpan

Catatan Panduan

Langkah-langkah perlindungan malaria individu: Tepat waktu, tindakan perlindungan sistematis seperti tenda insektisida, tirai dan kelambu membantu melindungi terhadap malaria. Jaring insektisida yang tahan lama juga memberikan perlindungan terhadap tubuh dan kutu rambut, kutu, caplak, lipas dan kutu busuk. Gunakan metode perlindungan lain seperti pakaian berlengan panjang, fumigan rumah tangga, kumparan api, semprotan aerosol, dan obat anti nyamuk. Dukung penggunaan metode-metode seperti itu bagi mereka yang paling berisiko, seperti anak-anak di bawah lima tahun, orang-orang dengan defisiensi imun dan perempuan hamil.

Kelompok berisiko tinggi: Beberapa bagian dari komunitas akan lebih rentan terhadap penyakit terkait vektor daripada yang lain, terutama bayi dan bayi, orang tua, penyandang disabilitas, orang sakit, dan perempuan hamil dan menyusui. Identifikasi kelompok berisiko tinggi dan ambil tindakan khusus untuk mengurangi risiko itu. Berhati-hati untuk mencegah stigmatisasi.

Mobilisasi dan komunikasi sosial: Perubahan perilaku diperlukan pada tingkat individu dan masyarakat untuk mengurangi baik habitat larva vektor dan penduduk vektor dewasa. Kegiatan mobilisasi dan komunikasi sosial harus sepenuhnya dipadukan ke dalam upaya pencegahan dan pengendalian vektor, dengan menggunakan berbagai saluran.

Langkah-langkah perlindungan individu untuk vektor lain: Higiene pribadi yang baik dan mencuci pakaian serta alas tidur secara teratur adalah perlindungan paling efektif terhadap kutu tubuh. Mengontrol infestasi dengan perawatan pribadi (pembedahan), pencucian massal atau kampanye yang mengganggu. Kembangkan dan gunakan protokol pengobatan untuk pendatang baru di permukiman. Lingkungan rumah tangga yang bersih, pembuangan limbah yang efektif dan penyimpanan makanan yang dimasak dan tidak dimasak dengan benar akan mencegah tikus, hewan pengerat dan serangga lainnya (seperti kecoak) memasuki rumah atau tempat penampungan ⊕ lihat Standar promosi higiene 1.1: Promosi higiene..



5. Pengelolaan Limbah Padat

Pengelolaan limbah padat adalah proses penanganan dan pembuangan sampah organik dan anorganik. Ini melibatkan:

- Perencanaan sistem pengelolaan limbah padat;
- Menangani, memisahkan, menyimpan, menyortir, dan mengolah sampah di sumbernya;
- Mentransfer ke titik pengumpulan; dan
- Mengangkut dan membuang, menggunakan kembali, merencanakan kembali atau mendaur ulang.

Sampah dapat dihasilkan di tingkat rumah tangga, kelembagaan atau masyarakat dan termasuk limbah medis. Ini mungkin berbahaya atau tidak berbahaya. Pengelolaan limbah padat yang tidak memadai menimbulkan risiko kesehatan masyarakat karena dapat menciptakan habitat yang menguntungkan untuk serangga, hewan pengerat dan vektor penyakit lainnya ⊕ lihat Standar kontrol vektor 4.1: Pengendalian vektor di tingkat permukiman. Limbah yang tidak diolah dapat mencemari air permukaan dan air tanah. Anak-anak dapat bermain di tempat sampah yang dikelola dengan buruk, berisiko cedera atau sakit. Pemulung, yang mendapatkan uang dari mengumpulkan bahan yang dapat digunakan kembali dari tempat pembuangan sampah, mungkin berisiko cedera atau penyakit menular.

Limbah padat dapat memblokir sistem saluran limbah, menghasilkan air permukaan yang tergenang dan tercemar, yang mungkin menjadi habitat bagi vektor dan menciptakan risiko kesehatan publik lainnya.

Standar-standar ini tidak mencakup perawatan atau pembuangan limbah kimia atau lindi (air sampah). Untuk sumber saran tentang penanganan dan pengolahan limbah berbahaya, ⊕ lihat Referensi dan bacaan lebih lanjut. Untuk sumber saran tentang penanganan dan pengolahan limbah berbahaya. Untuk limbah medis, ⊕ lihat standar WASH 6: WASH dalam *sarana layanan kesehatan*.

Standar Pengelolaan Limbah Padat 5.1:

Lingkungan yang bebas dari limbah padat

Limbah padat disimpan dengan aman untuk menghindari pencemaran lingkungan alami, hidup, belajar, bekerja dan warga.

Tindakan-tindakan kunci

- 1 Merancang program pembuangan limbah padat berdasarkan risiko kesehatan masyarakat, penilaian limbah yang dihasilkan oleh rumah tangga dan lembaga, dan praktik yang ada.
 - Menilai kapasitas untuk penggunaan kembali, daur ulang, daur ulang atau pengomposan setempat.
 - Memahami peran perempuan, laki-laki, anak perempuan dan anak laki-laki dalam pengelolaan limbah padat untuk menghindari menciptakan risiko perlindungan tambahan.

- 2) Bekerja dengan otoritas lokal dan kota dan penyedia layanan untuk memastikan sistem dan infrastruktur yang ada tidak kelebihan beban, terutama di daerah perkotaan.
 - Memastikan fasilitas perawatan dan pembuangan di luar lokasi yang baru dan sudah ada dapat digunakan oleh semua orang.
 - Menetapkan garis waktu untuk memenuhi secepat mungkin dengan standar kesehatan setempat atau kebijakan tentang pengelolaan limbah padat.
- 3) Mengorganisir kampanye pembersihan limbah padat secara berkala atau berkala dengan infrastruktur yang diperlukan untuk mendukung kampanye.
- 4) Memberikan pakaian pelindung untuk dan mengimunitasi orang-orang yang mengumpulkan dan membuang limbah padat dan mereka yang terlibat dalam penggunaan kembali atau daur ulang.
- 5) Memastikan bahwa situs perawatan dikelola dengan tepat, memadai dan aman.
 - Menggunakan metode penanganan dan pembuangan yang aman dan tepat, termasuk mengubur, mengelola TPA dan insinerasi.
 - Mengelola situs pengelolaan limbah untuk mencegah atau meminimalkan risiko perlindungan, terutama untuk anak-anak.
- 6) Meminimalkan bahan pengepakan dan kurangi beban limbah padat dengan kerja bersama organisasi yang bertanggung jawab untuk distribusi makanan dan bahan-bahan rumah tangga.

Indikator kunci

Tidak ada limbah padat yang terkumpul di sekitar lingkungan yang ditentukan atau titik pengumpulan umum komunal

Catatan Panduan

Orang yang berpindah akan membuang barang yang berat atau tidak lagi diperlukan. Pemborosan limbah padat di titik distribusi dapat meningkatkan ketegangan dengan penduduk lokal/asli. Volume limbah padat akan meningkat ketika bahan-bahan rumah tangga yang didistribusikan tidak memenuhi kebutuhan nyata. Limbah padat ini kemungkinan berasal dari bahan yang berbeda dengan yang dihasilkan secara lokal dan mungkin perlu diperlakukan atau dibuang secara berbeda.

Daerah perkotaan: Infrastruktur pengelolaan limbah padat perkotaan dapat dipadukan dengan sistem layanan lainnya. Bekerja dengan otoritas dan sistem yang ada untuk mengakomodasi beban limbah padat ekstra.

Perlindungan untuk penanganan limbah: Berikan pakaian pelindung bagi semua orang yang terlibat dalam pengelolaan limbah padat. Minimal, berikan sarung tangan. Idealnya, juga menyediakan sepatu bot dan masker pelindung. Bila perlu, berikan imunisasi terhadap tetanus dan hepatitis B. Pastikan sabun dan air tersedia untuk mencuci tangan dan wajah. Menginformasikan dan melatih staf tentang cara yang benar untuk mengangkat dan membuang limbah dan risiko yang terkait dengan manajemen yang tidak benar ⊕ lihat Kesehatan penting - standar penyakit menular 2.1.1: Pencegahan.

Penanganan sampah dapat distigmatisasi sebagai kotor atau miskin. Konsultasi masyarakat dapat membantu mengubah sikap. Memastikan penanganan limbah memiliki peralatan yang tepat dan mampu menjaga hygiene juga akan membantu.



Permukiman komunal dan daerah perdesaan: Pembuangan limbah padat rumah tangga dimungkinkan dan bahkan disukai, di permukiman warga dan daerah dengan kepadatan penduduk yang lebih rendah. Mendasarkan ukuran pemakaman sampah domestik atau lubang pembakaran pada ukuran rumah tangga dan penilaian aliran limbah. Lubang-lubang rumah tangga harus dipagari dengan baik untuk mencegah anak-anak dan binatang mengaksesnya, dan idealnya terletak setidaknya 15 meter dari tempat tinggal.

Untuk lingkungan atau tempat pengumpulan warga, mulanya menyediakan wadah 100 liter untuk setiap 40 rumah tangga. Menyediakan satu kontainer per sepuluh rumah tangga dalam jangka panjang, karena produksi limbah rumah tangga cenderung meningkat dari waktu ke waktu. Sebagai panduan, tim perawatan 2,5-orang harus tersedia per 1.000 orang.

Menggunakan kembali, dan daur ulang: Mendorong penggunaan kembali, daur ulang, atau daur ulang limbah padat oleh masyarakat, kecuali ketika hal itu menimbulkan risiko kesehatan masyarakat yang bermakna. Pertimbangkan potensi peluang bisnis skala kecil atau penghasilan tambahan dari daur ulang limbah, dan kemungkinan pengomposan sampah organik rumah tangga atau umum.

Standar Pengelolaan Limbah Padat 5.2:

Rumah tangga dan tindakan pribadi untuk mengelola limbah padat dengan aman

Warga dapat dengan aman mengumpulkan dan berpotensi mengelola limbah padat di rumah tangga mereka.

Tindakan-tindakan kunci

- 1) Menyediakan rumah tangga dengan penyimpanan yang nyaman, berukuran cukup dan tertutup untuk limbah rumah tangga atau wadah untuk kelompok kecil rumah tangga.
 - Mempertimbangkan pilihan jumlah dan ukuran wadah rumah tangga untuk digunakan kembali dan didaur ulang.
- 2) Menyediakan titik pengumpulan lingkungan publik yang jelas ditandai dan berpagar di mana rumah tangga dapat menyimpan limbah setiap hari.
- 3) Mengatur sebuah sistem untuk secara teratur menghapus sampah rumah tangga dan lainnya dari tempat pengumpulan umum yang ditunjuk.
- 4) Memastikan penimbunan sampah atau lubang-lubang pembakaran di tingkat rumah tangga atau komunal dikelola dengan aman.

Indikator Kunci

Persentase rumah tangga dengan akses terhadap lingkungan yang ditentukan atau titik pengumpulan limbah padat warga pada jarak yang dapat diterima dari tempat tinggal mereka

Persentase rumah tangga melaporkan penyimpanan limbah yang tepat dan memadai di tingkat rumah tangga

Catatan Panduan

Perencanaan: Jumlah limbah padat yang dihasilkan manusia tergantung pada bagaimana makanan diperoleh dan dimasak, dan kegiatan mana yang dilakukan di dalam atau di dekat rumah tangga. Variasi dapat bersifat musiman dan sering mencerminkan distribusi atau jadwal pasar. Asumsikan bahwa satu orang menghasilkan 0,5 kilogram limbah padat per hari. Ini setara dengan 1–3 liter per orang per hari, berdasarkan kepadatan limbah padat 200 sampai 400kg / m³.

Standar Pengelolaan Limbah Padat 5.3:

Sistem pengelolaan limbah padat di tingkat masyarakat

Titik pengumpulan umum yang ditunjuk tidak dipenuhi dengan limbah dan penanganan akhir atau pembuangan limbah secara aman.

Tindakan-tindakan kunci

- 1) Pastikan bahwa institusi seperti sekolah dan ruang belajar, ruang ramah anak dan kantor administrasi telah ditandai dengan jelas, sesuai dan cukup tempat penyimpanan di lokasi untuk limbah yang dihasilkan di lokasi tersebut.
- 2) Menyediakan penyimpanan yang jelas ditandai dan berpagar untuk limbah yang dihasilkan di daerah-daerah komunal, terutama pasar formal atau informal, pusat-pusat transit dan pusat-pusat pendaftaran.

Indikator Kunci

Persentase sekolah dan pusat pembelajaran dengan penyimpanan limbah yang tepat dan memadai

Persentase pasar publik dengan penyimpanan limbah yang sesuai dan memadai

Persentase lubang limbah padat atau insinerator di sekolah, pusat pembelajaran, pasar umum, dan lembaga publik lainnya yang dikelola dengan aman



Catatan Panduan

Sampah pasar: Pasar membutuhkan perhatian khusus, karena area komunal sering tidak memiliki kepemilikan dan tanggung jawab yang ditetapkan untuk pengelolaan limbah padat. Rawat sebagian besar sampah pasar dengan cara yang sama seperti limbah padat domestik.

Tempat pembuangan: Pastikan penyembelihan secara higienis dan mematuhi hukum setempat. Sebagian besar limbah padat yang dihasilkan oleh tempat pemotongan hewan dan pasar ikan dapat diperlakukan sebagai limbah padat domestik, namun perlu memberikan perhatian khusus pada limbah cair mereka. Ketika perlu, buang limbah ini di dalam lubang tertutup di sebelah tempat pemotongan hewan atau pabrik pengolahan ikan. Jalankan darah dan limbah cair lainnya ke dalam lubang melalui saluran yang dilapisi lempengan untuk mengurangi akses serangga ke lubang. Buat air tersedia untuk tujuan pembersihan.

6. WASH dalam wabah penyakit dan sarana perawatan kesehatan

Para pelaku WASH dan kesehatan bekerja untuk mengurangi risiko kesehatan masyarakat, mencegah penularan penyakit dan mengendalikan wabah penyakit. Koordinasi yang kuat dengan struktur dan mitra pemerintah - di kedua sektor - diperlukan untuk mengatasi risiko kesehatan masyarakat di masyarakat dan dalam sarana layanan kesehatan. Standar ini didasarkan pada standar WASH 1-5 dan bab Kesehatan, yang harus dikonsultasikan secara keseluruhan dan memandu semua intervensi teknis.

Pencegahan dan pengendalian infeksi (IPC) adalah kegiatan utama dalam pencegahan penyakit dalam situasi apa pun serta untuk respons jangkitan. Sangat penting bagi pasien, petugas layanan kesehatan dan masyarakat. Merupakan tanggung jawab lembaga-lembaga kesehatan untuk memastikan Standar Minimum terpenuhi dalam sarana perawatan kesehatan, namun hal ini sering membutuhkan kerjasama dan dukungan terstruktur dari para pelaku WASH.

Praktik-praktik WASH yang baik dan konsisten diterapkan, baik di lingkungan masyarakat maupun perawatan kesehatan, akan mengurangi penularan penyakit menular dan membantu mengendalikan wabah. Tindakan minimum dalam standar ini berlaku untuk respons yang sedang berlangsung dan menyorot wilayah untuk ditingkatkan ketika terjadi wabah.

Respons wabah berbasis komunitas

Tidak selalu praktis untuk menanggapi setiap komponen WASH. Berfokus pada risiko kesehatan masyarakat segera dan membangun kepercayaan serta akuntabilitas dengan masyarakat. Prioritaskan respons berdasarkan temuan epidemiologi, penilaian faktor risiko, jalur penularan (terutama di luar tinja-mulut), dampak yang diharapkan dari setiap intervensi dan sumber daya yang tersedia.

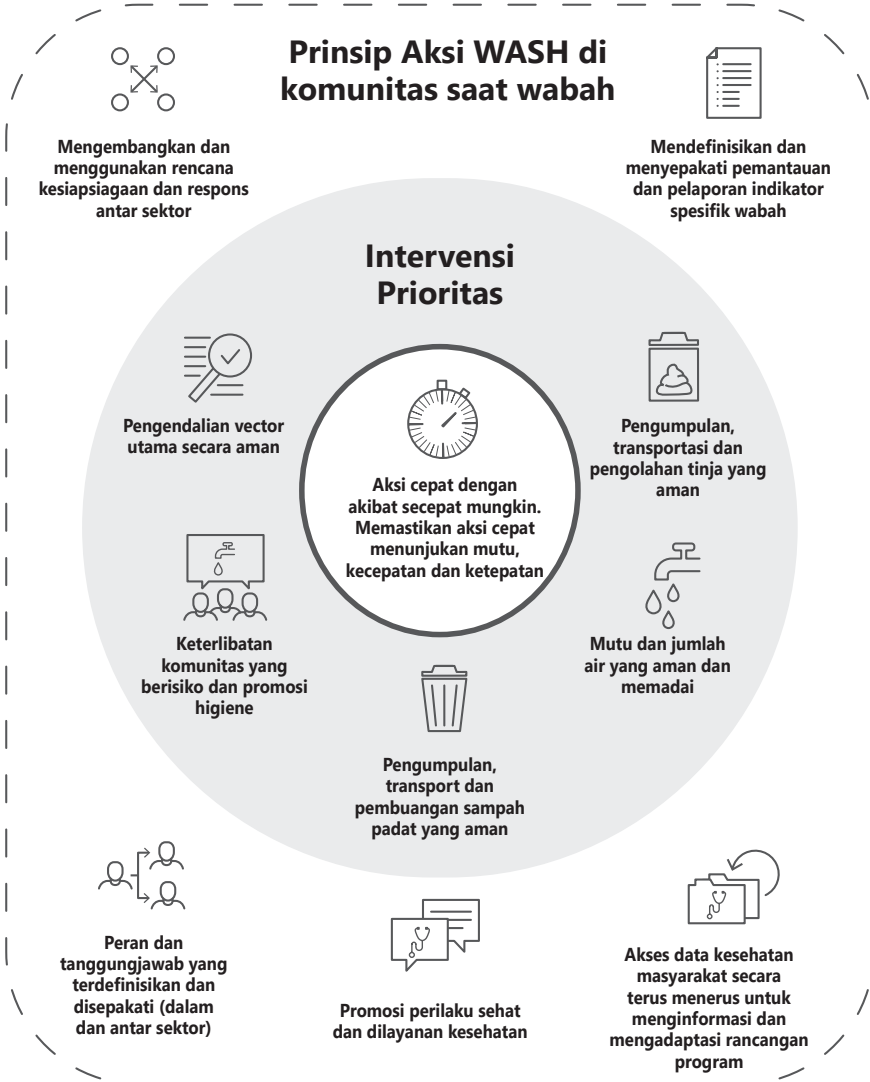
Keterlibatan masyarakat tetap menjadi komponen utama dari respons jangkitan untuk mencegah penyebaran penyakit. Persepsi dan keyakinan masyarakat yang ada dapat mendukung atau menghambat respons, jadi penting untuk memahami dan mengatasinya. Beberapa norma sosial mungkin perlu dimodifikasi untuk mencegah penularan penyakit. Misalnya, bekerja dengan penduduk untuk menemukan bentuk-bentuk alternatif ucapan selamat untuk menggantikan berjabat tangan.

Dorong tindakan pencegahan dan pengobatan spesifik dalam komunitas yang terkena dampak. Ini dapat termasuk menggunakan kelambu untuk mencegah malaria, atau garam rehidrasi oral dan seng (untuk anak-anak) untuk diare.

Ketika petugas lapangan masyarakat menemukan kasus aktif atau tugas terkait, mereka harus dilatih. Integrasikan semua data ke dalam penyelidikan dan respons wabah secara keseluruhan. Pelacakan cepat penyebaran wabah dan yang dideritanya sangat penting untuk respons yang tepat waktu, dan data yang terintegrasi dalam sistem umum akan mencegah penghitungan ganda atau kehilangan bidang utama. ⊕ Lihat Kesehatan penting - standar penyakit menular 2.1.4: Kesiapsiagaan dan respons terhadap wabah .

Selama wabah penyakit berlangsung, selalu mengikuti panduan teknis terkini karena penyakit yang muncul akan memiliki risiko dan dampak yang berbeda. Panduan ekstensif ada di IPC dalam pencegahan dan pengendalian penyakit

tertentu, dan ini harus diikuti sebagai prioritas ⊕ ihat Rujukan di bawah. Standar ini memberikan masalah minimum yang perlu dipertimbangkan dan menjelaskan kerjasama antara WASH dan sektor kesehatan. Diagram di bawah ini memberikan ringkasan tentang tindakan WASH berbasis komunitas utama selama wabah. Untuk tindakan kesehatan, ⊕ lihat Kesehatan penting - standar penyakit menular 2.1.1 hingga 2.1.4.



Prinsip Aksi WASH di komunitas saat wabah (gambar 5)

Standar 6:**WASH dalam sarana layanan kesehatan**

Semua sarana layanan kesehatan mempertahankan standar pencegahan dan pengendalian infeksi WASH minimum, termasuk dalam wabah penyakit

Tindakan-tindakan kunci

- 1 Berikan pasokan air yang dapat diandalkan dengan jumlah dan mutu yang cukup, sesuai dengan sarana layanan kesehatan.
 - Menyimpan air aman setidaknya 48 jam sehari (0,5mg / l sisa klorin gratis) untuk memastikan pasokan konstan.
 - **Wabah:** Meningkatkan jumlah air dan menyesuaikan larutan klorin sesuai dengan jenis penyakit, risiko dan kebutuhan.
- 2 Menyediakan fasilitas pembuangan kotoran yang cukup untuk membatasi penularan penyakit.
 - Menyediakan kursi keliling dan ember jamban untuk mereka yang menghadapi hambatan gerak.
 - Fasilitas sanitasi bersih (jamban, kamar mandi, tempat mencuci) dengan air dan deterjen. Hindari menggunakan deterjen yang kuat di jamban.
 - **Wabah:** Menyediakan fasilitas pembuangan kotoran di setiap wilayah sarana layanan kesehatan.
 - **Wabah:** Mengadaptasikan bahan dan persediaan untuk penyakit tertentu, seperti kolera dan ember kotoran atau muntahan.
 - **Wabah:** Menentukan tindakan pencegahan ekstra apa pun yang diperlukan untuk membersihkan, menon-aktifkan, dan membuang fasilitas dan peralatan tinja.
- 3 Menyediakan bahan dan peralatan higiene yang cukup untuk petugas layanan kesehatan, pasien dan pengunjung untuk menjaga higiene.
 - Menyediakan stasiun/tempat cuci tangan di lokasi-lokasi kunci dengan air yang aman, sabun atau alkohol. Keringkan udara atau gunakan handuk "sekali pakai".
 - **Wabah:** Menyediakan stasiun/tempat cuci tangan di setiap wilayah.
 - **Wabah:** Menyiapkan praktik higiene tambahan, seperti mandi kaki klorin atau penyemprotan (tergantung pada penyakit) dan mencuci tangan sebelum memakai atau melepas alat pelindung diri (APD).
 - **Wabah:** Memberikan pasien dengan bahan-bahan higiene khusus dan pelatihan sebelum pulang.
- 4 Menjaga lingkungan yang bersih dan higienis.
 - Lantai bersih dan permukaan kerja horisontal setiap hari dengan air dan deterjen.
 - Membersihkan dan disinfeksi permukaan yang berpotensi terkontaminasi dengan 0,2 persen larutan klorin.
 - Membersihkan, disinfeksi atau sterilkan peralatan medis yang dapat digunakan kembali tergantung pada risiko sebelum digunakan.
 - Mendisinfeksi semua linen dengan 0,1% larutan klorin setelah direndam ketika terlihat kotor; mensterilkan semua linen untuk ruang operasi.
 - **Wabah:** Meningkatkan kekuatan desinfektan untuk membersihkan lantai dan per-

mukaan yang terkontaminasi. Pertimbangkan mekanisme khusus untuk mendisinfeksi linen.

- 5) Menangani, mengelola, dan membuang sampah dengan benar.
 - Memisahkan limbah layanan kesehatan pada titik pembangkitan dengan menggunakan metode tiga-tempat.
 - Melatih semua petugas layanan kesehatan dalam pemilahan dan pengelolaan limbah.
 - Memastikan bahwa tim yang ditunjuk harus mengenakan APD untuk mengumpulkan, merawat, dan membuang limbah (minimal: sarung tangan dan sepatu bot).
 - **Wabah:** Meningkatkan tindakan pencegahan penanganan limbah dengan menggunakan APD penuh berdasarkan jenis penyakit.
- 6) Memastikan semua petugas layanan kesehatan, pasien dan pengasuh menggunakan APD yang sesuai.
 - Menyediakan PPE untuk jenis paparan dan kategori tindakan pencegahan isolasi.
 - Melatih petugas layanan kesehatan, pasien, dan lainnya di fasilitas untuk memilih, menggunakan, dan menghapus APD.
 - **Wabah:** Menilai jenis paparan yang diantisipasi dan menyesuaikan APD untuk jenis transmisi.
- 7) Mengelola dan mengubur orang mati dengan cara yang bermartabat, sesuai budaya dan aman menurut praktik kesehatan masyarakat.
 - Mempertimbangkan tradisi lokal serta kebutuhan untuk identifikasi dan kembalinya orang yang telah meninggal kepada keluarga.
 - **Wabah:** Identifikasi alternatif dengan komunitas ketika praktik yang biasa tidak aman.
 - **Wabah:** Melatih dan melengkapi tim dengan APD yang sesuai untuk melakukan pemakaman.

Indikator Kunci

Semua petugas kesehatan membersihkan tangan mereka, menggunakan sabun atau alkohol, sebelum dan sesudah setiap kontak pasien

Semua pasien dan perawat mencuci tangan mereka sebelum menangani atau makan makanan dan setelah pergi ke jamban

Semua tempat cuci tangan memiliki sabun atau alkohol (atau 0,05 persen larutan klorin dalam wabah)

Jumlah stasiun/tempat pencucian tangan

- Minimum: satu stasiun/tempat untuk setiap sepuluh pasien rawat inap

Mutu air minum pada titik penyampaian

- Minimum: 0,5–1mg / l FRC

Jumlah air yang aman tersedia

- Minimum: 5 liter per pasien rawat jalan per hari
- Minimum: 60 liter per pasien per hari di pusat pengobatan kolera
- Minimum: 300–400 liter per pasien per hari di pusat pengobatan demam berdarah



Jumlah jamban yang dapat diakses

- Minimum: empat di fasilitas rawat jalan (terpisah untuk laki-laki, perempuan, anak-anak dan petugas kesehatan)
- Minimum: 1 per 20 pasien rawat inap (terpisah untuk laki-laki, perempuan, anak-anak dan petugas kesehatan)

Catatan Panduan

Pencegahan dan pengendalian infeksi pemrograman sangat penting dalam semua *sarana layanan kesehatan*, termasuk ambulans dan program kesehatan masyarakat. Hal ini membutuhkan pengembangan pedoman tentang kewaspadaan standar, pencegahan berbasis transmisi dan teknik aseptik klinis. Sertakan tim pencegahan dan kontrol infeksi khusus di setiap sarana dan pelatihan untuk petugas layanan kesehatan. Sistem surveilans harus memantau infeksi terkait perawatan kesehatan dan resistensi antimikroba. Sarana layan kesehatan harus memiliki staf yang sesuai dan beban kerja. Tempat tidur hanya boleh berisi satu pasien. Perawatan kesehatan harus disediakan di lingkungan yang aman dan sesuai, dibangun dengan infrastruktur dan peralatan WASH yang memadai untuk menjaga praktik higiene yang aman ⊕ lihat Standar sistem kesehatan 1.1 dan 1.2.

Jumlah dan mutu air: Ketika menghitung jumlah air yang dibutuhkan, ⊕ lihat nilai-nilai di Lampiran 3 dan sesuaikan untuk situasi, ⊕ lihat Lampiran 3: Jumlah air minimum. Klinik keliling harus bertujuan untuk memberikan standar WASH yang sama seperti untuk pasien rawat jalan, termasuk akses terhadap sumber air dan jamban yang aman. Pastikan setidaknya pasokan (dan penyimpanan) 48 jam per fasilitas. Untuk wabah seperti Ebola dan kolera, izinkan suplai 72 jam. Untuk dasar program WASH komunitas ⊕ lihat Standar pasokan air 2.1 dan 2.2. Pemecahan masalah klorin berikut diperlukan untuk penggunaan yang berbeda dalam *sarana layanan kesehatan*.

Cairan Klorin	Kegiatan fasilitas perawatan kesehatan
0,05 %	Mencuci tangan Mencuci pakaian/binatu (setelah dibersihkan)
0,2 % (kolera) 0,5 % (Ebola)	Menyeka permukaan kerja horizontal setelah dibersihkan (hanya untuk kolera) Bahan pembersih, celemek, sepatu bot, peralatan masak dan piring Membersihkan penutup tempat tidur, ember Membersihkan permukaan yang terkontaminasi dengan cairan tubuh Merawat jenazah (Ebola)
2 %	Merawat jenazah (kolera) Ditambahkan ke dalam ekskreta/kotoran dan ember muntah (kolera)
1 %	Pemecahan masalah ibu untuk air yang telah ter-klorinisasi

Manajemen tinja: ⊕ Lihat standar manajemen tinja 3.1 hingga 3.3 untuk panduan tentang manajemen tinja secara umum dan Standar promosi higiene 1.3: Manajemen higiene menstruasi dan inkontinensia untuk informasi spesifik tentang bahan. Menyediakan fasilitas jamban yang layak secara teknis dan budaya dengan jamban terpisah yang dikunci dan cukup terang dengan ruang yang cukup untuk pengasuh untuk membantu pasien. Semua fasilitas sanitasi (jamban, kamar mandi, tempat mencuci) harus dibersihkan dengan air dan deterjen. Hindari penggunaan desinfektan yang kuat di dalam jamban (terutama untuk tangka tinja), karena mengganggu proses biodegradasi alami dari beberapa patogen.

Saat terjadi wabah, lakukan tindakan pencegahan tambahan saat membersihkan, menguraikan atau membuang fasilitas dan peralatan tinja (misalnya, larutan klorin untuk pembersihan, perawatan dengan kapur api atau kaporit).

Air limbah: Sebagai pembuangan minimum air limbah menggunakan perangkap lemak dan lubang rendaman. Pastikan dipagari untuk mencegah gangguan oleh publik.

Limbah layanan kesehatan: mengandung organisme infeksi seperti HIV dan hepatitis B, yang juga dapat mencemari tanah dan sumber air. Gunakan metode tiga-wadah minimum untuk mengumpulkan dan memilah sampah segera setelah dibuat:

Kategori	Contoh	label atau warna alat penampung (wadah)
Limbah umum tidak berbahaya	Kertas	Hitam
Benda tajam yang digunakan berbahaya, menular	Jarum, pisau bedah, set infus, pecahan kaca, botol kosong	Kuning, berlabel "Tajam", anti bocor dan anti robek
Benda tidak tajam yang digunakan berbahaya, menular	Bahan yang terkontaminasi dengan cairan tubuh, seperti swab, kasa, perban, jahitan, budaya laboratorium	Kuning, berlabel dan anti bocor

Pemisahan lebih lanjut mungkin diperlukan, termasuk untuk limbah patologis (jaringan manusia), farmasi dan kimia (laboratorium). Kumpulkan sampah yang terpisah dari area medis setidaknya setiap hari, dan segera ketika sangat menular. Gunakan kereta untuk mengangkut sampah menggunakan jalur tetap ke tempat yang ditentukan dengan akses publik terbatas. Wadah limbah, kereta, dan tempat penyimpanan harus didesinfeksi secara teratur. Vaksinasi semua penanganan limbah kesehatan untuk hepatitis B dan tetanus. Perlakukan dan buang limbah tergantung pada fasilitas yang tersedia:

Kategori	Perawatan dan pembuangan
Umum	Daur ulang, bakar, atau kubur TPA kota
Benda tajam bekas	Lubang tuangan Mengandung dan mengubur di TPA Membakar (bukan vial) kemudian mengubur dalam lubang abu (dengan hati-hati, karena benda tajam mungkin tidak tumpul)

Kategori	Perawatan dan pembuangan
Infeksi (bukan benda tajam)	Lubang pemakaman (tutup limbah dengan kapur) Membakar kemudian menguburnya di lubang abu Autoklaf atau obat kimiawi
Patologi	Tergantung pada norma sosial budaya: Lubang pemakaman (misalnya, lubang plasenta) atau tempat pemakaman. Kremasi



Farmasi	Ikuti panduan nasional ketika mungkin atau kembali ke pemasok Mengandung dan membuang di tempat pembuangan sampah Insinerator khusus (> 1.200 derajat Celcius)
Limbah kimia	Ikuti panduan nasional ketika mungkin atau kembali ke pemasok Jumlah kecil dapat dibakar atau dienkapsulasi Perlakuan di pabrik pengolahan atau tempat pembakaran berputar

Insinerator (tempat pembakaran sampah) harus melebihi 900 derajat Celcius dan memiliki dua kamar. Insinerator bermutu rendah menghasilkan emisi beracun dan limbah udara dan tidak sepenuhnya steril. Semua lubang dan insinerator harus dibangun sesuai standar nasional dan internasional yang ada dan dioperasikan, dipelihara, dan ditutup secara aman.

Alat pelindung diri (APD) adalah wajib untuk mematuhi protokol IPC dan untuk memastikan bahwa pasien, keluarga dan staf tidak berada pada risiko lebih lanjut.

Menilai jenis paparan yang diantisipasi (percikan, semprot, kontak atau sentuhan) dan kategori penularan penyakit. Gunakan peralatan yang dilengkapi dengan baik, tahan lama dan sesuai (seperti cairan-tahan atau cairan-bukti).

APD dasar melindungi pemakai dari paparan darah, cairan tubuh, sekresi atau ekskresi. Ini termasuk: sarung tangan saat menyentuh bahan yang menular; pakaian/kulit yang terpapar bersentuhan dengan bahan infeksius; pelindung wajah seperti masker, kaca mata atau perisai untuk melindungi dari percikan, tetesan atau semprotan. PPE tambahan (atau APD dasar pada waktu tambahan) mungkin juga harus dipakai tergantung pada jenis penularan penyakit: kontak (misalnya gaun dan sarung tangan ketika berada di lingkungan pasien); droplet (masker bedah dalam 1 meter pasien); dan udara (respirator partikulat).

Tempatkan PPE sekali pakai di tempat sampah (seperti 220 liter barel) di pintu masuk ke area membuka baju. Kumpulkan dan bawa sampah ke area pengelolaan sampah yang ditentukan. Tempatkan APD yang dapat digunakan kembali seperti sarung tangan dan kaca mata pelindung yang bekerja berat di tempat sampah yang mengandung larutan klorin 0,5 persen. Bersihkan, cuci, perbaiki, dan simpan dengan benar.

Sebanyak 0,5 persen larutan klorin harus tersedia untuk mencuci tangan yang bersarung setelah masing-masing membuka baju. Berikan pencucian tangan larutan klorin terpisah sebesar 0,05 persen sebagai langkah terakhir dalam proses membuka baju.

Manajemen jenazah: Mempromosikan pemakaman orang-orang yang aman, bermartabat, dan pantas secara budaya, termasuk identifikasi semua orang. Biarkan orang mengidentifikasi anggota keluarga mereka dan melakukan pemakaman. Jangan membuang jenazah tanpa penghormatan di kuburan massal. Pemakaman massal mungkin menjadi penghalang untuk mendapatkan sertifikat kematian yang diperlukan untuk membuat klaim hukum. Pertimbangkan potensi masalah hukum ketika mengubur para korban kekerasan ⊕ lihat standar sistem Kesehatan 1.1: Penyediaan layanan kesehatan.

Tindakan pencegahan khusus, seperti menyiapkan jenazah dengan larutan klorin, mungkin diperlukan selama wabah, tergantung pada patogen penyakit dan penularannya. Ritual untuk membersihkan dan merawat jenazah dapat meningkatkan kemungkinan penularan penyakit, tetapi kegagalan untuk menghormati kepekaan budaya dapat

menyebabkan penguburan terjadi secara rahasia dan tidak dilaporkan. Petugas kesehatan dan tim pemakaman harus mengenakan APD setiap saat. Mendukung pekerja pemakaman komunitas dengan layanan psikososial. Bekerja dengan pemimpin komunitas untuk mencegah stigmatisasi orang yang melakukan peran ini.

Penonaktifan: Konsultasikan dengan masyarakat, pihak berwenang setempat, dan pelaku kemanusiaan untuk memutuskan cara menonaktifkan *sarana layanan kesehatan* sementara selama respons.



Lampiran 1

Pasokan air, sanitasi, dan promosi higiene daftar periksa kebutuhan awal

Daftar pertanyaan ini terutama digunakan untuk menilai kebutuhan, mengidentifikasi sumber daya dan menggambarkan kondisi setempat. Ini tidak termasuk pertanyaan yang akan menentukan sumber daya eksternal yang diperlukan untuk melengkapi mereka yang segera tersedia di tempat.

Umum

- Berapa banyak orang yang terpengaruh dan di mana mereka? Pisahkan data berdasarkan jenis kelamin, usia, jenis disabilitas, dan sebagainya.
- Apa kemungkinan gerakan orang-orang? Apa faktor keamanan untuk orang-orang yang terkena dampak dan untuk respons bantuan potensial?
- Apa penyakit terkait WASH saat ini, umum atau mungkin?
- Siapa orang kunci untuk berkonsultasi atau menghubungi?
- Siapa orang yang rentan dalam penduduk dan mengapa?
- Apakah ada akses yang sama untuk semua fasilitas yang ada, termasuk di tempat umum, pusat kesehatan dan sekolah?
- Risiko keamanan khusus apa yang ada untuk perempuan, anak perempuan, anak laki-laki dan laki-laki? Kelompok-kelompok berisiko?
- Praktik-praktik air, sanitasi, dan higiene apa yang digunakan penduduk sebelum krisis?
- Apa struktur kekuatan formal dan informal (misalnya, tokoh masyarakat, orang tua, kelompok perempuan)?
- Bagaimana keputusan dibuat di rumah tangga dan di masyarakat?
- Apakah ada akses terhadap pasar lokal? Apa kunci barang dan jasa WASH yang dapat diakses di pasar sebelum krisis dan dapat diakses selama krisis?
- Apakah orang memiliki akses terhadap uang tunai dan/atau kredit?
- Apakah ada variasi musiman yang harus diperhatikan yang dapat membatasi akses atau meningkatkan permintaan tenaga kerja selama masa panen, misalnya?
- Siapa otoritas kunci untuk bekerja sama dan berkolaborasi?
- Siapa mitra lokal di wilayah geografis, seperti kelompok masyarakat sipil yang memiliki kapasitas serupa dalam WASH dan keterlibatan masyarakat?

Promosi Higiene

- Praktik air, sanitasi, dan higiene apa yang orang-orang terbiasa sebelum krisis?
- Apa ada praktik yang membahayakan kesehatan, siapa yang mempraktikkan ini dan mengapa?
- Siapa yang masih mempraktikkan perilaku higiene yang positif dan apa yang memungkinkan dan memotivasi mereka untuk melakukan hal ini?
- Apa keuntungan dan kerugian dari setiap perubahan yang diusulkan dalam praktik?

- Apa saja jalur komunikasi dan penyuluhan formal dan informal yang ada (seperti pekerja kesehatan masyarakat, dukun bayi, dukun tradisional, klub, koperasi, gereja dan masjid)?
- Akses apa ke media massa di sana (misalnya, radio, televisi, video, surat kabar)?
- Apa organisasi media lokal dan/atau organisasi non-pemerintah (LSM) yang ada di sana?
- Bagian penduduk mana yang dapat dan harus disasar (misalnya, ibu, anak, tokoh masyarakat, pemuka agama)?
- Apa jenis sistem penyuluhan yang akan bekerja dalam konteks ini (misalnya, sukarelawan higiene masyarakat atau pekerja atau promotor, klub kesehatan sekolah, komite WASH) untuk mobilisasi jangka pendek dan menengah?
- Apa kebutuhan pembelajaran staf promosi higiene dan petugas penyuluhan masyarakat?
- Bahan-bahan non-makanan apa yang tersedia dan apa yang paling dibutuhkan berdasarkan preferensi dan kebutuhan?
- Di mana orang mengakses pasar untuk membeli bahan-bahan higiene penting mereka? Apakah akses ini (biaya, keragaman, mutu) berubah sejak krisis?
- Bagaimana cara rumah tangga mengakses bahan-bahan higiene penting mereka? Siapa yang membuat keputusan tentang barang mana yang harus dibeli dan diprioritaskan?
- Seberapa efektif praktik higiene dalam sarana layanan kesehatan (khususnya penting dalam situasi epidemi)?
- Apa kebutuhan dan pilihan perempuan dan gadis untuk praktik higiene menstruasi?
- Apa kebutuhan dan pilihan orang yang hidup dengan inkontinensia?

Pasokan Air

- Apa sumber pasokan air saat ini dan siapa pengguna saat ini?
- Berapa banyak air tersedia per orang per hari?
- Berapa frekuensi harian dan mingguan ketersediaan pasokan air?
- Apakah ketersediaan air di sumber cukup untuk kebutuhan jangka pendek dan jangka panjang untuk semua kelompok?
- Apakah titik pengumpulan air cukup dekat dengan tempat orang tinggal? Apakah mereka aman?
- Apakah pasokan air saat ini dapat diandalkan? Berapa lama itu akan bertahan?
- Apakah orang memiliki wadah air yang cukup dengan ukuran dan jenis yang sesuai (pengumpulan dan penyimpanan)?
- Apakah sumber air terkontaminasi atau berisiko terkontaminasi (mikrobiologi, kimia, atau radiologis)?
- Apakah ada sistem pengolahan air? Apakah perlu perawatan? Apakah pengobatan mungkin? Perlakuan apa yang diperlukan?
- Apakah disinfeksi diperlukan? Apakah masyarakat memiliki masalah dengan palatabilitas air dan penerimaan yang terkait dengan rasa dan bau kaporit? Apakah ada sumber air alternatif di dekat sini?
- Apa keyakinan dan praktik tradisional yang terkait dengan pengumpulan, penyimpanan, dan penggunaan air?
- Adakah kendala untuk menggunakan sumber pasokan air yang tersedia?



- Apakah mungkin untuk memindahkan penduduk ketika sumber air tidak mencukupi?
- Apa alternatifnya ketika sumber air tidak mencukupi?
- Apakah ada kepercayaan dan praktik tradisional yang terkait dengan higiene (misalnya, selama wabah kolera Haiti penyakit ini dikaitkan dengan budaya voodoo)? Apakah kepercayaan atau praktik ini bermanfaat atau berbahaya?
- Apa masalah higiene utama yang terkait dengan pasokan air?
- Apakah orang membeli air? Ketika demikian di mana, berapa biayanya dan untuk tujuan apa? Apakah akses ini (biaya, mutu, keteraturan penyampaian) berubah?
- Apakah orang memiliki sarana untuk menggunakan air secara higienis?
- Apakah titik-titik air dan tempat mencuci dan mandi dikeringkan dengan baik?
- Apakah kondisi tanah sesuai untuk pengelolaan air di tempat atau di luar lokasi dari titik-titik air dan area mencuci dan mandi? Telah dilakukan uji perkolasi tanah?
- Dalam hal pengungsian di perdesaan, apakah sumber air yang biasa untuk ternak?
- Apakah akan ada efek lingkungan karena kemungkinan intervensi pasokan air, abstraksi dan penggunaan sumber air?
- Apa pengguna lain saat ini menggunakan sumber air? Apakah ada risiko konflik ketika sumber digunakan untuk penduduk baru?
- Peluang apa yang ada untuk berkerjasama dengan sektor swasta dan/atau publik dalam penyediaan air bersih? Kemacetan dan peluang apa yang ada yang dapat menginformasikan analisis respons dan rekomendasi?
- Apa tugas operasi dan pemeliharaan yang diperlukan? Kapasitas apa yang ada untuk memenuhinya dalam jangka pendek dan panjang? Siapa yang harus bertanggung jawab untuk mereka?
- Apakah ada mekanisme atau sistem keuangan yang ada atau potensial yang dapat memulihkan biaya operasi dan pemeliharaan?
- Bagaimana penduduk sebagai tuan rumah mengakses air dan memastikan bahwa airnya aman pada saat digunakan?

Pembuangan Tinja

- Apakah lingkungan bebas dari kotoran?
- Ketika ada buang air besar di tempat terbuka, apakah ada area yang ditentukan?
- Apakah ada fasilitas yang ada? Ketika demikian, apakah mereka digunakan? Apakah mereka cukup? Apakah mereka berhasil beroperasi? Bisakah mereka diperpanjang atau disesuaikan?
- Apakah fasilitasnya aman dan bermartabat: terang, dilengkapi dengan kunci, layar privasi? Dapatkah orang mengakses fasilitas jamban pada siang dan malam hari? Ketika tidak di malam hari, apa alternatifnya?
- Praktik manajemen tinja apa yang dilakukan oleh penduduk setempat?
- Apakah praktik buang air besar saat ini merupakan ancaman terhadap persediaan air (air permukaan atau air tanah) atau tempat tinggal dan lingkungan secara umum?
- Apakah ada norma sosial-budaya yang perlu dipertimbangkan dalam rancangan jamban?
- Apakah orang-orang akrab dengan rancangan, konstruksi, dan penggunaan jamban?

- Apa bahan lokal yang tersedia untuk membangun jamban?
- Apakah ada penerimaan dan praktik yang ada untuk pengomposan?
- Sejak usia berapa anak mulai menggunakan jamban?
- Apa yang terjadi pada tinja bayi dan anak kecil?
- Apa kemiringan medan?
- Berapa level dari tabel air tanah?
- Apakah kondisi tanah sesuai untuk pembuangan kotoran di tempat?
- Apakah setting pembuangan tinja saat ini mendorong vektor?
- Apakah ada bahan atau air yang tersedia untuk pembersihan dubur? Bagaimana orang biasanya membuang bahan-bahan ini?
- Apakah orang mencuci tangan setelah buang air besar dan sebelum persiapan makanan dan makan? Apakah sabun atau bahan pembersih lainnya dengan air tersedia di samping jamban atau di dalam rumah tangga?
- Bagaimana perempuan dan anak perempuan mengatur menstruasi? Adakah materi atau fasilitas yang sesuai untuk hal ini?
- Apakah ada fasilitas atau peralatan khusus yang tersedia untuk memudahkan sanitasi bagi penyandang disabilitas, orang yang hidup dengan HIV, orang yang hidup dengan inkontinensia atau orang yang tidak dapat bergerak di fasilitas medis?
- Apakah pertimbangan lingkungan telah dinilai: misalnya, ekstraksi bahan mentah seperti pasir dan kerikil untuk tujuan konstruksi, dan perlindungan lingkungan dari masalah tinja?
- Apakah ada pekerja terampil di masyarakat, seperti tukang batu atau tukang kayu dan pekerja tidak terampil? Apakah tersedia penyedot atau truk penyedot debu? Saat ini, apakah limbah tinja yang dikumpulkan dibuang dengan benar dan aman?
- Apa strategi yang tepat untuk manajemen tinja - termasuk penahanan, pengomposan, perawatan dan pembuangan?

Penyakit yang ditularkan vektor

- Apa risiko penyakit yang ditularkan vektor dan seberapa seriuskah mereka?
- Apa pola harian atau musiman yang diikuti oleh vektor lokal dalam kaitannya dengan reproduksi, istirahat dan makan?
- Apakah ada kepercayaan dan praktik tradisional (misalnya, keyakinan bahwa air kotor menyebabkan malaria) yang berhubungan dengan vektor dan penyakit yang ditularkan vektor? Apakah kepercayaan atau praktik ini bermanfaat atau berbahaya?
- Ketika risiko penyakit bawaan vektor tinggi, apakah orang yang berisiko memiliki akses terhadap perlindungan individu?
- Apakah mungkin untuk membuat perubahan pada lingkungan lokal (terutama oleh, misalnya, saluran limbah, pembersihan gosok, pembuangan kotoran, pembuangan limbah padat) untuk menghambat pemuliaan vektor?
- Apakah perlu untuk mengontrol vektor dengan cara kimia? Program, peraturan, dan sumber daya apa saja yang ada terkait penggunaan bahan kimia untuk pengendalian vektor?
- Informasi dan tindakan pengamanan apa yang perlu diberikan kepada rumah tangga?



Pengelolaan Limbah Padat

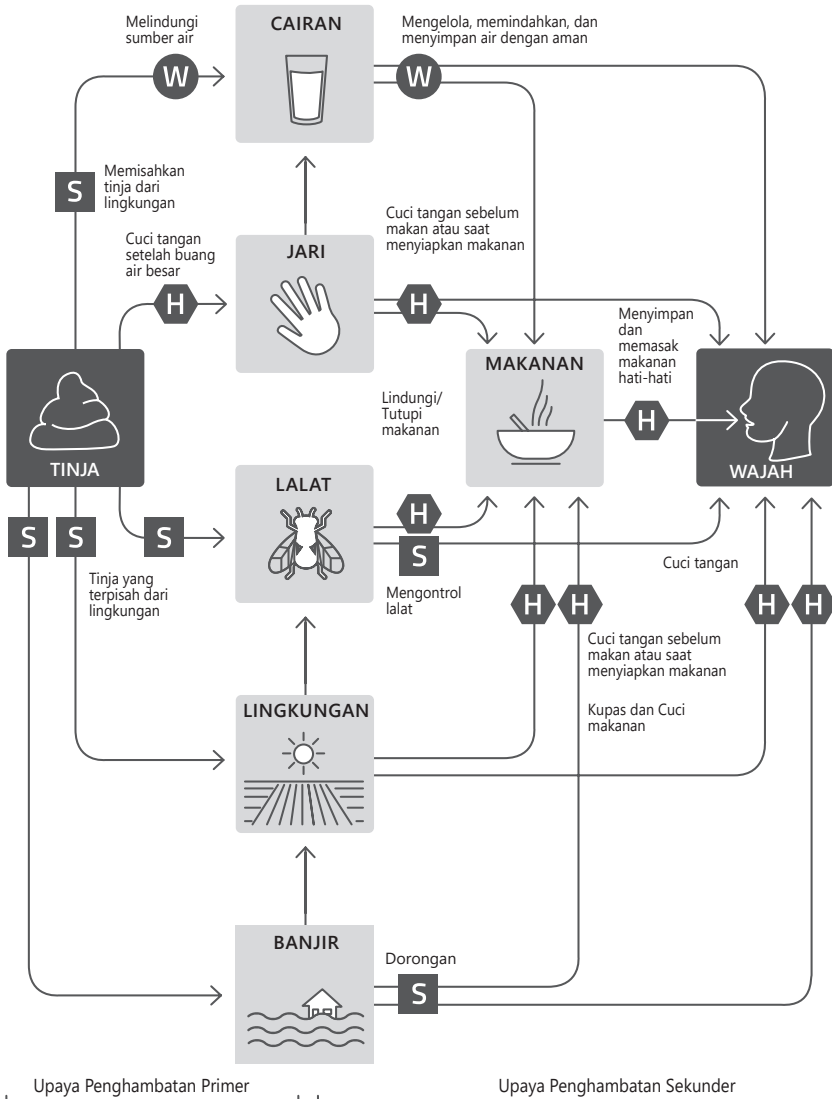
- Apakah akumulasi sampah merupakan masalah?
- Bagaimana orang membuang limbah mereka? Jenis dan jumlah limbah padat apa yang dihasilkan?
- Dapatkah limbah padat dibuang di lokasi atau apakah perlu dikumpulkan dan dibuang di luar lokasi?
- Apa praktik pembuangan limbah padat normal untuk orang-orang yang terkena dampak (misalnya, kompos dan atau lubang pembuangan, sistem pengumpulan, tempat sampah)?
- Apakah ada fasilitas dan kegiatan medis yang menghasilkan limbah? Bagaimana itu dibuang? Siapa yang bertanggung jawab?
- Di mana bahan-bahan sanitasi sekali pakai dibuang (misalnya, popok anak-anak, bahan higiene menstruasi dan bahan inkontinensia)? Apakah pembuangan mereka bijaksana dan efektif?
- Apa efek dari pembuangan limbah padat saat ini terhadap lingkungan?
- Apa kapasitas pengelolaan limbah padat yang dimiliki sektor swasta dan publik?

Lampiran 2

F diagram: Penularan tinja-mulut penyakit diare

- W** AIR
- S** SANITASI
- H** KEBERSIHAN

Upaya penghambatan dapat menghentikan penularan penyakit; Upaya ini dapat bersifat primer (mencegah kontak awal dengan tinja) atau sekunder (mencegah dicerna oleh orang baru). Hal tersebut dapat dikontrol dengan pengelolaan air, sanitasi dan kebersihan



CATATAN diagram adalah ringkasan dari pathway; hal terkait lainnya mungkin penting, air minum dapat terkontaminasi oleh wadah air kotor misalnya, atau makanan dapat terinfeksi oleh peralatan masak kotor. © WEDC

5 Fs: Faeces (Tinja), fluids (cairan), fingers (jari), flies (lalat), food (makanan) (Gambar 6)
 Sumber: Water Engineering and Development Centre (WEDC)

LAMPIRAN 3

Minimum jumlah air: angka kelangsungan hidup dan mengukur kebutuhan air

Kebutuhan Bertahan Hidup: asupan air (minum dan makanan)	2,5-3 liter per orang per hari (tergantung pada iklim dan fisiologi individu)
Praktik higiene dasar	2-6 liter per orang per hari (tergantung pada norma-norma sosial dan budaya)
Kebutuhan memasak dasar	3-6 liter per orang per hari (tergantung pada jenis makanan, sosial dan norma-norma budaya)
Puskesmas dan rumah sakit	5 liter per pasien rawat jalan 40-60 liter per pasien rawat inap per hari 100 liter per intervensi dan pengiriman jumlah tambahan bedah mungkin diperlukan untuk peralatan binatu, jamban dan sebagainya
Pusat kolera	60 liter per pasien per hari 15 liter per pengasuh per hari
Pusat demam virus dengue	300-400 liter per pasien per hari
Pusat terapi makan	30 liter per pasien rawat inap per hari 15 liter per pengasuh per hari
Klinik dengan kunjungan jarang	1 liter per pasien per hari
Klinik dengan kunjungan sering	5 liter per pasien per hari
Tempat Rehidrasi Oral (ORPs)	10 liter per pasien per hari
Pusat transit / penerimaan	15 liter per orang per hari ketika tinggal lebih dari satu hari 3 liter per orang per hari ketika tinggal terbatas untuk hari-waktu
Sekolah	3 liter per murid per hari untuk minum dan mencuci tangan (Penggunaan jamban tidak termasuk: Jamban umum lihat di bawah ini)
Masjid	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 bilik per hari untuk membersihkan jamban
Semua jamban yang dibilas	20-40 liter per pengguna per hari untuk pembilasan jamban konvensional yang terhubung ke saluran pembuangan 3-5 liter per pengguna per hari untuk menuangkan- jamban siram
Cuci dubur (cebok)	1-2 liter per orang per hari
Ternak	20-30 liter per hewan besar / menengah per hari 5 liter per hewan kecil per hari

Lampiran 4

Jumlah minimum jamban: warga, tempat umum dan institusi

Tempat	Jangka pendek	Jangka menengah dan panjang
Masyarakat	1 jamban untuk 50 orang (warga)	1 jamban untuk 20 orang (bersama keluarga) 1 jamban untuk 5 orang atau 1 keluarga
Daerah Pasar	1 jamban untuk 50 kios	1 jamban untuk 20 kios
Rumah Sakit / 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 Menyusui	1 jamban untuk 50 orang dewasa 1 jamban untuk 20 anak-anak	1 jamban untuk 20 orang dewasa 1 jamban untuk 10 anak-anak
Pusat Transit / Penerimaan	1 jamban untuk 50 orang 3:1 perempuan : laki-laki	
Sekolah	1 jamban untuk 30 anak perempuan 1 jamban untuk 60 anak laki-laki	1 jamban untuk 30 anak perempuan 1 jamban untuk 60 anak laki-laki
Kantor		1 jamban untuk 20 staf

Sumber: Diadaptasi dari Harvey, Baghri dan Reed (2002)

Catatan: Dalam konteks yang memungkinkan, bertujuan untuk jamban komunal atau, bahkan lebih baik, jamban rumah tangga dari awal dalam rangka membangun toleransi, kepemilikan dan intervensi sanitasi sesuai dengan budaya.

Di masyarakat, jumlah fasilitas mandi yang sama sebagai jamban per 50 orang (jangka pendek) atau 20 orang (jangka panjang) harus tersedia.



Lampiran 5

Penyakit yang berhubungan dengan air bersih dan sanitasi

1. Klasifikasi infeksi lingkungan yang berhubungan dengan air

Kategori	Infeksi	agen patogen
1. Tinja-mulut (air mengalir atau air disaring) a) Diare dan disentri	Amuba disentri Balantidiasis Campylobacter enteritis Kolera Cryptosporidiosis E. coli diare Giardiasis Rotavirus diare Salmonellosis Shigellosis Yersiniosis	Protozoa Protozoa Bakteri Bakteri Protozoa Bakteri Protozoa Virus Bakteri Bakteri Bakteri
b) Demam, sakit perut	Typhoid Paratyphoid Poliomyelitis Hepatitis A Leptospirosis Ascariasis Trichuriasis	Bakteri Bakteri Virus Virus Spirokaeta Cacing Cacing
2. Air disaring a) Infeksi kulit dan mata	Penyakit kulit menular Penyakit mata menular	Beraneka ragam Beraneka ragam
b) Lain-lain	Kutu penyerta tifus Kutu penyerta demam kambuhan	Rickettsia Spirokaeta
3. Berbahan dasar air a) Menembus kulit	Schistosomiasis	Cacing
b) Dicerna	Guinea worm Clonorchiasis Diphyllobothriasis Paragonimiasis Lainnya	Cacing Cacing Cacing Cacing Cacing
4. Air yang berhubungan dengan vektor serangga a) Menggigit dekat air	Penyakit saat tidur	Protozoa
b) Berkembang biak didalam air	Filariasis Malaria River Blindness Nyamuk pembawa virus Demam kuning Dengue Lainnya	Cacing Protozoa Cacing Virus Virus Virus

Sumber: ACF: Water, Sanitation and Hygiene for Population at Risk Lampiran 5, halaman 675

2. Klasifikasi infeksi lingkungan yang terkait dengan tinja

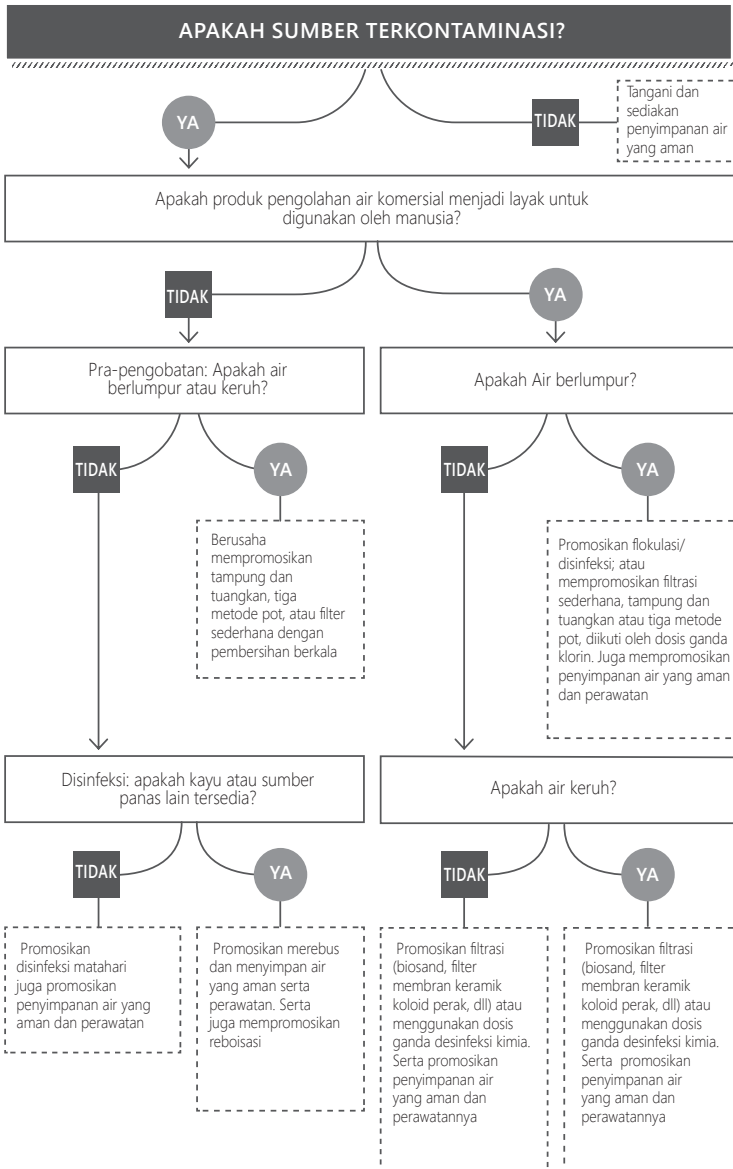
Kategori	Infeksi	Agen Patogen	Mekanisme transmisi dominan	Tolak ukur pengendalian utama
1) Mulut-tinja (non-bakteri), Non-laten, infeksi dosis rendah	Poliomyelitis Hepatitis A Rotavirus diare Amuba disentri Giardiasis Balantidiasis Enterobiasis Hymenolepiasis	Virus Virus Virus Protozoa Protozoa Protozoa Cacing Cacing	Kontaminasi domestik dari orang ke orang	Ketersediaan air domestik Memaksimalkan tempat tinggal Ketentuan menggunakan jamban Edukasi kesehatan
2) Mulut-Tinja (bakteri) Non-laten, infeksi menular dosis menengah, atau tinggi cukup persisten dan mampu berkembang biak	Diare dan disentri Campylobacter enteritis Kolera E. coli diare Salmonellosis Shigellosis Yersiniosis Demam enterik Tifoid Paratipus	Bakteri Bakteri Bakteri Bakteri Bakteri Bakteri Bakteri	Kontak orang ke orang Kontaminasi domestik Kontaminasi air Kontaminasi tanaman	Ketersediaan air domestik Memaksimalkan tempat tinggal Ketentuan menggunakan jamban Pengobatan sebelum tinja dikeluarkan Edukasi kesehatan
3) Cacing yang menular lewat tanah persisten tanpa hospes perantara	Ascariasis (cacing gelang) Trichuriasis (cacing cambuk) Cacing tambang Strongyloidiasis	Cacing Cacing Cacing Cacing	Kontaminasi halaman Pencemaran tanah pada tempat jamban umum Kontaminasi tanaman	Penyediaan jamban dengan lantai bersih Pengobatan sebelum tinja mencapai tanah
4) Cacing pita pada daging sapi dan babi Laten dan persisten dengan sapi atau babi sebagai tuan rumah perantara	taeniasis	Cacing	Kontaminasi halaman Kontaminasi lapangan Kontaminasi pakan ternak	Penyediaan jamban Pengobatan sebelum tinja mencapai tanah Memasak dan pemeriksaan daging



5) Cacing yang berasal dari air laten dan persisten dengan air sebagai tuan rumah perantara	Schistosomiasis Clonorchiasis Diphyllobothriasis Paragonimiasis	Cacing Cacing Cacing Cacing	Kontaminasi air	Penyediaan jamban Pengobatan sebelum tinja dibuang Pengendalian dalam mengisolasi hewan yang terinfeksi Memasak
6) Tinja terkait vektor serangga	Infeksi Filariasis (ditularkan oleh nyamuk Culex pipiens) Infeksi pada luka kategori 1-4, terutama I dan II, yang dapat ditularkan oleh lalat dan kecoak	Cacing Bermacam-macam	Serangga berkembang biak di berbagai situs tinja yang terkontaminasi	Identifikasi dan penghapusan situs yang berpotensi mengakibatkan perkembangbiakan Penggunaan kelambu

Lampiran 6

Pengolahan air rumah tangga dan urutan penyimpanan



Pengolahan air rumah tangga dan urutan keputusan penyimpanan (Gambar 6)

Sumber: Diadaptasi dari IFRC (2008) Household water treatment and safe storage in emergencies manual

Rujukan dan Bacaan Lanjut

Umum/Hak atas air

The Rights to Water and Sanitation (Information Portal). www.righttowater.info

United Nations General Assembly Resolution 64/292 The human right to water and sanitation. 2010. www.un.org

2.1 billion people lack safe drinking water at home, more than twice as many lack safe sanitation. WHO, 2017. www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/water-sanitation-hygiene/en/

The Right to Water: Fact Sheet 35. OHCHR, UN-HABITAT and WHO, 2010. www.ohchr.org/Documents/Publications/FactSheet35en.pdf

Umum/Lingkungan

Environment Marker – Guidance Note. UN OCHA & UNEP, 2014. www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/Environment%20Marker%20Guidance%20Note_Global_2014-05-09.pdf

Dampak WASH dalam kesehatan

Bartram, J. Cairncross, S. "Hygiene, sanitation, and water: forgotten foundations of health." *PLoS Med*, vol. 7, 2010, e1000367.

Blanchet, K. et al. *An Evidence Review of Research on Health Interventions in Humanitarian Crises.* LSHTM, Harvard School of Public Health, 2013. www.elrha.org

Campbell, O.M. Benova, L. et al. "Getting the basic rights: the role of water, sanitation and hygiene in maternal and reproductive health: a conceptual framework." *Trop Med Int Health*, vol. 20, 2015, pp. 252-67.

Fewtrell, L. Kaufmann, et al. "Water, sanitation, and hygiene interventions to reduce diarrhoea in less developed countries: a systematic review and meta-analysis." *Lancet Infectious Diseases*, vol. 5, 2005, pp. 42-52. www.thelancet.com

Ramesh, A. Blanchet, K. et al. "Evidence on the Effectiveness of Water, Sanitation, and Hygiene (WASH) Interventions on Health Outcomes in Humanitarian Crises: A Systematic Review." *PLoS One*, vol. 10, 2015, e0124688.

Wolf, J. Pruss-Ustun, A. et al. "Assessing the impact of drinking water and sanitation on diarrhoeal disease in low- and middle-income settings: systematic review and meta-regression." *Trop Med Int Health*, vol. 19, no. 9, 2014.

Pembuatan Program WASH yang tepat guna

Compendium of accessible WASH technologies. WaterAid and WEDC, 2014. www.wateraid.org

Davis, J. Lambert, R. *Engineering in Emergencies (2nd ed).* ITDG Publishing & RedR UK, 2002.

Efficacy and effectiveness of water, sanitation, and hygiene interventions in emergencies in low- and middle-income countries: a systematic review. <https://www.development-bookshelf.com>

Public Health Engineering in Precarious Situations. MSF, 2010. <http://refbooks.msf.org>

WASH Manual for Refugee Settings: Practical Guidance for Refugee Settings. UNHCR, 2017. <http://wash.unhcr.org>

Water, Sanitation and Hygiene for Populations at Risk. ACF, 2005. www.actionagainsthunger.org

Disaster risk reduction and water, sanitation and hygiene: comprehensive guidance: a guideline for field practitioners planning and implementing WASH interventions. www.preventionweb.net/publications/view/25105

Perlindungan dan WASH

House, S. Ferron, S. Sommer, M. Cavill, S. Violence, Gender & WASH: A Practitioner's Toolkit - Making water, sanitation and hygiene safer through improved programming and services. WaterAid/SHARE, 2014. <http://violence-WASH.lboro.ac>

Humanitarian Inclusion Standards for older people and people with disabilities. Age and Disability Consortium, 2018. <https://www.cbm.org>

INEE Minimum Standards for Education: Preparedness, Response, Recovery. INEE, 2010. www.ineesite.org

Jones, H.E. Reed, R. *Water and sanitation for disabled people and other vulnerable groups: Designing services to improve accessibility.* Loughborough University, UK, 2005. wedc-knowledge.lboro.ac

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action: Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, 2012. <http://cpwg.net>

Including children with disabilities in humanitarian action. WASH Booklet. UNICEF, 2017. <http://training.unicef.org/disability/emergencies/index.html>

WASH, Protection and Accountability, Briefing Paper. UNHCR, 2017.

WASH, Protection and Accountability Briefing Paper. UNHCR, 2017. <http://wash.unhcr.org/download/wash-protection-and-accountability/>

Promosi Higiene/Perubahan Perilaku

Curtis, V. Cairncross, S. "Effect of washing hands with soap on diarrhoea risk in the community: a systematic review." *Lancet Infect Dis*, vol. 3, 2003, pp. 275-81.

De Buck, E. Hannes, K. et al. *Promoting handwashing and sanitation behaviour change in low- and middle income countries. A mixed method systematic review.* *Systematic Review* 36. International Initiative for Impact Evaluation, June 2017. www.3ieimpact.org

Ferron, S. Morgan, J. O'Reilly, M. *Hygiene Promotion: A Practical Manual from Relief to Development.* ITDG Publishing, Rugby, UK, 2000 and 2007.

Freeman, M.C. Stocks, M.E. et al. "Hygiene and health: systematic review of handwashing practices worldwide and update of health effects." *Trop Med Int Health*, vol. 19, 2014, pp. 906-16.

Harvey, P. Baghri, S. Reed, B. *Emergency Sanitation: Assessment and Programme Design.* WEDC, 2002. <https://wedc-knowledge.lboro.ac>

Hygiene Promotion in Emergencies. Training package. WASH Cluster. <http://washcluster.net>

Hygiene Promotion Guidelines. UNHCR, 2017. <http://wash.unhcr.org>

Rabie, T. Curtis, V. "Handwashing and risk of respiratory infections: a quantitative systematic review." *Trop Med Int Health*, vol. 11, 2006, pp. 258-67.

Watson, J.A. Ensink, J.H. Ramos, M. Benelli, P. Holdsworth, E. Dreibelbis, R. Cumming, O. "Does targeting children with hygiene promotion messages work? The effect of handwashing promotion targeted at children, on diarrhoea, soil-transmitted helminth infections and behaviour change, in low- and middle-income countries." *Trop Med Int Health*, 2017.

ABC – Assisting Behaviour Change Part 1: Theories and Models and Part 2: Practical Ideas and Techniques. ACF France. 2013.



Choose Soap Toolkit. London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM), 2013.

Communication for Behavioural Impact (COMBI) A toolkit for behavioural and social communication in outbreak response. WHO, 2012. www.who.int/ihr/publications/com-bi_toolkit_outbreaks/en/

Curtis, V. Schmidt, W. et al. "Hygiene: new hopes, new horizons." *Lancet Infect Dis*, vol. 11, 2011, pp. 312-21.

Guidelines on Hygiene Promotion in Emergencies. IFRC, 2017. www.ifrc.org/en/what-we-do/health/water-sanitation-and-hygiene-promotion/hygiene-promotion/

Harvey, P. Baghri, S. Reed, B. Emergency Sanitation: Assessment and Programme Design. WEDC, 2002. <https://wedc-knowledge.lboro.ac.uk/details.html?id=16676> or [http://www.unicefemergencies.com/downloads/eresource/docs/WASH/Emergency%20Sanitation%20\(WEDC\).pdf](http://www.unicefemergencies.com/downloads/eresource/docs/WASH/Emergency%20Sanitation%20(WEDC).pdf)

Kittle, B. A Practical Guide to Conducting a Barrier Analysis. Helen Keller International, New York, 2013. http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00JMZW.pdf

Service, O. et al (The Behavioural Insights Team) EAST: Four Simple Ways to Apply Behavioural Insights. In partnership with Cabinet Office, Nesta, 2014. www.behaviouralinsights.co.uk/publications/east-four-simple-ways-to-apply-behavioural-insights/

Higiene Menstruasi

Mahon, T. Cavill, S. Menstrual Hygiene Matters: Training guide for practitioners. WaterAid. <https://washmatters.wateraid.org>

Sommer, M. Schmitt, M. Clatworthy, D. A Toolkit for integrating Menstrual Hygiene Management (MHM) into Humanitarian Response. Colombia University, Mailman School of Public Health and International Rescue Committee. New York, 2017. www.rescue.org

House, S. Considerations for selecting sanitary protection and incontinence materials for refugee contexts. UNHCR Publication, 2016. <http://wash.unhcr.org/download/considerations-for-selecting-sanitary-protection-and-incontinence-materials-for-refugee-contexts/>

House, S. Mahon, T. Cavill, S. Menstrual Hygiene Matters; A resource for improving menstrual hygiene around the world. WaterAid/SHARE, 2012. <https://washmatters.wateraid.org/sites/g/files/jkxoof256/files/Menstrual%20hygiene%20matters%20low%20resolution.pdf>

Inkontensia

Groce, N. Bailey, N. Land, R. Trani, J.F. Kett, M. "Water and sanitation issues for persons with disabilities in low- and middle-income countries: a literature review and discussion of implications for global health and international development." *Journal of Water and Health*, vol. 9, 2011, pp. 617-27.

Hafskjold, B. Pop-Stefanija, B. et al. "Taking stock: Incompetent at incontinence - why are we ignoring the needs of incontinence sufferers?" *Waterlines*, vol. 35, no. 3, 2016. www.developmentbookshelf.com

Manajemen Tinja

Clasen, T.F. Bostoen, K. Schmidt, W.P. Boisson, S. Fung, I.C. Jenkins, M.W. Scott, B. Sugden, S. Cairncross, S. "Interventions to improve disposal of human tinja for preventing diarrhoea." *Cochrane Database Syst Rev*, 2010, CD007180.

Freeman, M.C. Garn, J.V. Sclar, G.D. Boisson, S. Medlicott, K. Alexander, K.T. Penakalapati, G. Anderson, D. Mahtani, A.G. Grimes, J.E.T. Rehfuess, E.A. Clasen, T.F. "The impact of sanitation on infectious disease and nutritional status: A systematic review and meta-analysis." *Int J Hyg Environ Health*, vol. 220, 2017, pp. 928-49.

Gensch, R. Jennings, A. Renggli, S. Reymond, Ph. *Compendium of Sanitation Technologies in Emergencies*. German WASH Network and Swiss Federal Institute of Aquatic Science and Technology (Eawag), Berlin, Germany, 2018.

Graham, J.P. Polizzotto, M.L. "Pit latrines and their impacts on groundwater quality: A systematic review." *Environmental Health Perspectives*, vol. 121, 2013. <http://hsr.himmel-farb.gwu>

Harvey, P., *Tinja Disposal in Emergencies: A Field Manual*. An Inter-Agency Publication, WEDC, 2007. <http://wash.unhcr.org>

Simple Pit Latrines. WASH Fact sheet 3.4. WHO. www.who.int

Majorin, F. Torondel, B. Ka Saan Chan, G. Clasen, T.F. "Interventions to improve disposal of child tinja for preventing diarrhoea and soil-transmitted helminth infection." *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014.

Simple Pit Latrines. WASH Fact sheet 3.4. WHO. www.who.int/water_sanitation_health/hygiene/emergencies/fs3_4.pdf

Penatalaksanaan Air

Branz, A. Levine, M. Lehmann, L. Bastable, A. Imran Ali, S. Kadir, K. Yates, T. Bloom, D. Lantagne, D. "Chlorination of drinking water in emergencies: a review of knowledge to develop recommendations for implementation and research needed." *Waterlines*, vol. 36, no. 1, 2017. <https://www.developmentbookshelf.com>

Lantagne, D.S. Clasen, T.F. "Point-of-use water treatment in emergencies." *Waterlines*, vol. 31, no. 1-2, 2012.

Lantagne, D.S. Clasen, T.F. "Use of household water treatment and safe storage methods in acute emergency response: Case study results from Nepal, Indonesia, Kenya, and Haiti." *Environmental Science and Technology*, vol. 46, no. 20, 2012.

Rayner, J. Murray, A. Joseph, M. Branz, A.J. Lantagne, D. "Evaluation of household drinking water filter distributions in Haiti." *Journal of Water, Sanitation and Hygiene for Development*, vol. 6, no. 1, 2016.

Mutu Air

Bain, R. Cronk, R. Wright, J. Yang, H. Slaymaker, T. Bartram, J. "Fecal Contamination of Drinking-Water in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis." *PLoS Med*, vol. 11, 2014, e1001644.

Guidelines for Drinking-Water Quality. WHO, 2017. www.who.int

Kostyla, C. Bain, R. Cronk, R. Bartram, J. "Seasonal variation of fecal contamination in drinking water sources in developing countries: a systematic review." *PubMed*, 2015.

Fewtrell, L. "Drinking water nitrate, methemoglobinemia, and global burden of disease: A discussion." *Environ Health Perspectives*, vol. 112, no. 14, Oct 2004, pp. 1371-74. doi: 10.1289/ehp.7216. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1247562/

Kostyla, C. Bain, R. Cronk, R. Bartram, J. "Seasonal variation of fecal contamination in drinking water sources in developing countries: A systematic review." *Science of The Total Environment*, vol. 514, 2015, pp. 333-43.

Villeneuve, C.M. et al. "Assessing Exposure and Health Consequences of Chemicals in Drinking Water: Current State of Knowledge and Research Needs." *Environmental Health Perspectives*, vol. 122, 2014, pp. 213-21. pdfs.semanticscholar.org/d037/3e8020ad-faa27c45f43834b158cea3ada484.pdf



Pengendalian Vektor

Dengue: Guidelines for Diagnosis, Treatment, Prevention and Control. New Edition. World Health Organization, Geneva, 2009. Chapter 3, Vector management and delivery of vector control services. www.who.int

Handbook for Integrated Vector Management. WHO, 2012. www.who.int

Lacarin, C.J. Reed, R.A. Emergency Vector Control Using Chemicals. WEDC, Loughborough University, 1999. UK. <https://wedc-knowledge.lboro.ac>

Malaria Control in Humanitarian Emergencies: An Inter-agency Field Handbook. WHO, 2005. www.who.int

Thomson, M. Disease Prevention Through Vector Control: Guidelines for Relief Organisations. Oxfam GB, 1995. <https://policy-practice.oxfam.org>

Vector Control: Aedes aegypti vector control and prevention measures in the context of Zika, Yellow Fever, Dengue or Chikungunya: Technical Guidance. WASH WCA Regional Group, 2016. <http://washcluster.net>

Benelli, G. Jeffries, C.L. Walker, T. "Biological Control of Mosquito Vectors: Past, Present, and Future." Insects, vol. 7, no. 4, 2016. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27706105

Chemical methods for the control of vectors and pests of public health importance. WHO, 1997. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/63504>

Hunter, P. Waterborne Disease: Epidemiology and Ecology. John Wiley & Sons Ltd, Chichester, UK, 1997. www.wiley.com/en-us/Waterborne+Disease%3A+Epidemiology+and+Ecology-p-9780471966463

Malaria Control in Humanitarian Emergencies. Working Group GFATM in Humanitarian Emergencies, 2009. www.unhcr.org/4afacfd9.pdf

Manual for Indoor Residual Spraying: Application of Residual Sprays for Vector Control, 3rd Ed. WHO, 2007. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/69664>

Malaria vector control policy recommendations and their applicability to product evaluation. WHO, 2017. www.who.int/malaria/publications/atoz/vector-control-recommendations/en/

Rozendaal, J.A. Vector Control: Methods for use by individuals and communities. WHO, 1997. www.who.int/whopes/resources/vector_rozendaal/en/

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

Manajemen Limbah Padat

Disaster Waste Management Guidelines. UNOCHA, MSB and UNEP, 2013. www.eecentre.org

Technical Notes for WASH in Emergencies, no. 7: Solid waste management in emergencies. WHO/WEDC, 2013. www.who.int

WASH dalam Kejadian Luar Biasa (Wabah)

Brown, J. Cavill, S. Cumming, O. Jeandron, A. "Water, sanitation, and hygiene in emergencies: summary review and recommendations for further research." Waterlines, vol. 31, 2012.

Cholera Toolkit. UNICEF, 2017. www.unicef.org

Essential environmental health standards in health care. WHO, 2008. <http://apps.who.int>

Guide to Community Engagement in WASH: A practitioners guide based on lessons from Ebola. Oxfam, 2016. <https://policy-practice.oxfam.org>

Infection prevention and control (IPC) guidance summary: Ebola guidance package. WHO, 2014. www.who.int

Lantagne, D. Bastable, A. Ensink, J. Mintz, E. "Innovative WASH Interventions to Prevent Cholera." *WHO Wkly Epid Rec.* October 2, 2015.

Management of a Cholera Epidemic. MSF, 2017. <https://sherlog.msf.org>

Rapid Guidance on the Decommissioning of Ebola Care Facilities. WHO, 2015. <http://apps.who.int>

Taylor, D.L. Kahawita, T.M. Cairncross, S. Ensink, J.H. "The Impact of Water, Sanitation and Hygiene Interventions to Control Cholera: A Systematic Review." *PLoS One*, vol. 10, e0135676. Doi: 10.1371/journal.pone.0135676, 2015. <http://journals.plos.org>

Yates, T. Allen, J. Leandre Joseph, M. Lantagne, D. WASH interventions in disease outbreak response. *Humanitarian Evidence Programme.* Oxfam GB, 2017. <https://policy-practice.oxfam.org>

Yates, T. Vujcic, J.A. Joseph, M.L. Gallandat, K. Lantagne, D. "Water, sanitation, and hygiene interventions in outbreak response: a synthesis of evidence." *Waterlines*, vol. 37, no. 1, pp. 5–30. <https://www.developmentbookshelf.com>

Cholera Outbreak Guidelines: Preparedness, Prevention and Control. Oxfam, 2012. <https://policy-practice.oxfam.org.uk/publications/cholera-outbreak-guidelines-preparedness-prevention-and-control-237172>

Ebola: Key questions and answers concerning water, sanitation and hygiene. WHO/UNICEF, 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/144730/1/WHO_EVD_WSH_14.2_eng.pdf

Schiavo, R. Leung, M.M. Brown, M. "Communicating risk and promoting disease mitigation measures in epidemics and emerging disease settings." *Pathog Glob Health*, vol. 108, no. 2, 2014, pp. 76–94. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24649867

Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Aide Memoire for infection prevention and control in a healthcare facility. WHO, 2011. <http://www.who.int>

Essential water and sanitation requirements for health structures. MSF, 2009.

Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes at the National and Acute Health Care Facility Level. WHO, 2016. www.who.int

Guidelines for Safe Disposal of Unwanted Pharmaceuticals in and after Emergencies. WHO, 1999. www.who.int

Hand Hygiene Self-Assessment Framework. WHO, 2010. www.who.int

Incineration in Health Structures of Low-Income Countries. MSF, 2012. <https://sherlog.msf.org>

Laundries for Newbies. MSF, 2016. <https://sherlog.msf.org>

Management of Dead Bodies after Disasters: A Field Manual for First Responders. Second Edition. ICRC, IFRC, 2016. <https://www.icrc.org>

Medical Waste Management. ICRC, 2011. <https://www.icrc.org>

Safe management of wastes from health-care activities. Second edition. WHO, 2014. www.who.int

Sterilisation Guidelines. ICRC, 2014. <http://icrcndresourcecentre.org>

WASH in health care facilities. UNICEF, WHO, 2015. www.who.int

Waste Zone Operators Manual. MSF, 2012. <https://sherlog.msf.org>



WASH dan Gizi

Altmann, M. et al. "Effectiveness of a household water, sanitation and hygiene package on an outpatient program for severe acute malnutrition: A pragmatic cluster - randomized controlled trial in Chad." *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, vol. 98, no. 4, Apr 2018, pp. 1005-12. <https://www.ajtmh.org>

BABYWASH and the 1,000 days: a practical package for stunting reduction. Action Against Hunger (ACF), 2017. <https://www.actionagainsthunger.org>

Null, C. et al. (2018) "Effects of water quality, sanitation, handwashing, and nutritional interventions on diarrhoea and child growth in rural Kenya: a cluster randomised control trial." *The Lancet: Global Health*, vol. 6, no. 3, March 2018, pp. e316-e329. <https://www.sciencedirect.com>

Oxfam and Tufts University WASH and Nutrition Series: Enteric Pathogens and Malnutrition. Technical memorandum 1. Oxfam, Tufts. <https://oxfamintermon.s3.amazonaws.com>

WASH'NUTRITION 2017 Guidebook: Integrating water, sanitation, hygiene and nutrition to save lives. Action Against Hunger (ACF), 2017. www.actionagainsthunger.org

Dodos, J. Mattern, B. Lapegue, J. Altmann, M. Ait Aissa, M. "Relationship between water, sanitation, hygiene and nutrition: what do Link NVA nutritional causal analyses say?" *Waterlines*, vol. 36, no. 4, 2017. <https://www.developmentbookshelf.com/doi/abs/10.3362/1756-3488.17-00005>

Luby, S. et al. (2018) "Effects of water quality, sanitation, handwashing, and nutritional interventions on diarrhoea and child growth in rural Bangladesh: a cluster randomised control trial." *The Lancet: Global Health*, vol. 6, no. 3, March 2018, pp. e302-e315. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X17304904>

WASH, Tunai dan Pasar

CaLP CBA quality toolbox. <http://pqtoolbox.cashlearning.org>

Cash and Markets in the WASH Sector: A Global WASH Cluster position paper. Global WASH Cluster, 2016. www.emma-toolkit.org/sites/default/files/bundle/GWC%20-%20Cash%20and%20Markets%20Position%20Paper%20-%20Dec%202016.pdf

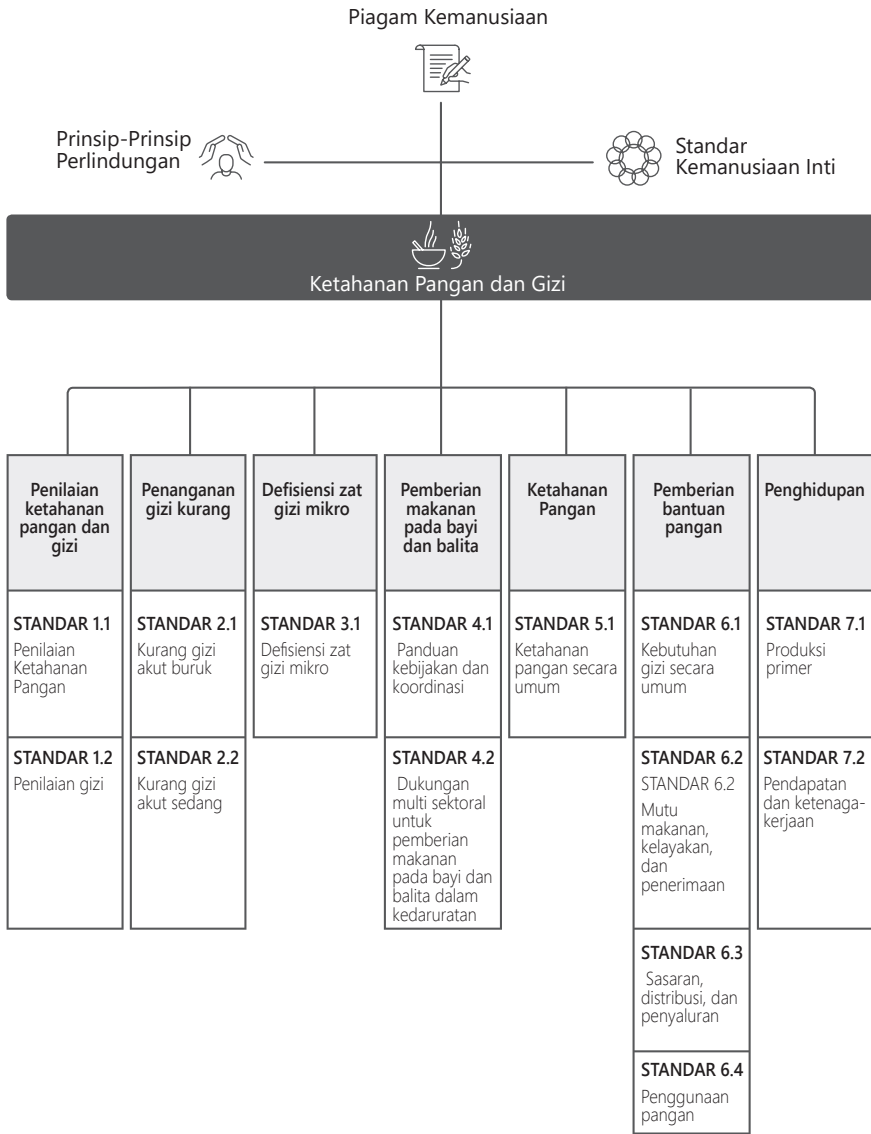
Cash Based Interventions for WASH Programmes in Refugee Settings. UNHCR, 2014. www.unhcr.org/59fc35bd7.pdf

Bacaan Lanjut

Untuk Bacaan Lanjut silahkan kunjungi laman www.spherestandards.org/handbook/online-resources



Ketahanan Pangan dan Gizi



- LAMPIRAN 1** Daftar Periksa penilaian ketahanan pangan dan mata pencarian
- LAMPIRAN 2** Daftar periksa penilaian keamanan benih
- LAMPIRAN 3** Daftar periksa penilaian gizi
- LAMPIRAN 4** Pengukuran kurang gizi akut
- LAMPIRAN 5** Ukuran pentingnya gizi kurang mikro dan kesehatan penduduk
- LAMPIRAN 6** Kebutuhan gizi

Daftar Isi

Konsep dasar dalam ketahanan pangan dan gizi	168
1. Penilaian ketahanan pangan dan gizi	173
2. Penanganan kurang gizi	180
3. Defisiensi zat gizi mikro	189
4. Pemberian makanan pada bayi dan balita	192
5. Ketahanan pangan.....	199
6. Bantuan pangan.....	203
7. Mata Pencarian	216
Lampiran 1: Daftar periksa penilaian ketahanan pangan dan mata pencarian.....	224
Lampiran 2: Daftar periksa penilaian keamanan benih.....	226
Lampiran 3: Daftar periksa penilaian gizi	228
Lampiran 4: Pengukuran kurang gizi akut.....	230
Lampiran 5: Ukuran pentingnya kurang gizi mikro dan kesehatan penduduk.....	233
Lampiran 6: Kebutuhan gizi	235
Rujukan dan Bacaan Lanjut.....	237



Konsep-konsep Penting dalam Ketahanan Pangan dan Gizi

Setiap orang memiliki hak untuk bebas dari rasa lapar dan ketercukupan pangan

Standar Minimum untuk ketahanan pangan dan gizi merupakan suatu ungkapan praktis terhadap hak ketercukupan pangan dalam konteks kemanusiaan. Standar-standar ini didasarkan pada kepercayaan, prinsip, kewajiban, dan hak yang dinyatakan dalam Piagam Kemanusiaan. Hal ini termasuk hak untuk hidup bermartabat, hak atas perlindungan dan keamanan, dan hak untuk mendapatkan bantuan kemanusiaan berdasarkan kebutuhan.

Daftar hukum utama dan dokumen kebijakan yang menginformasikan Piagam Kemanusiaan, dengan komentar penjelasan untuk pekerja kemanusiaan, dapat dilihat pada ⊕ Tambahan 7.

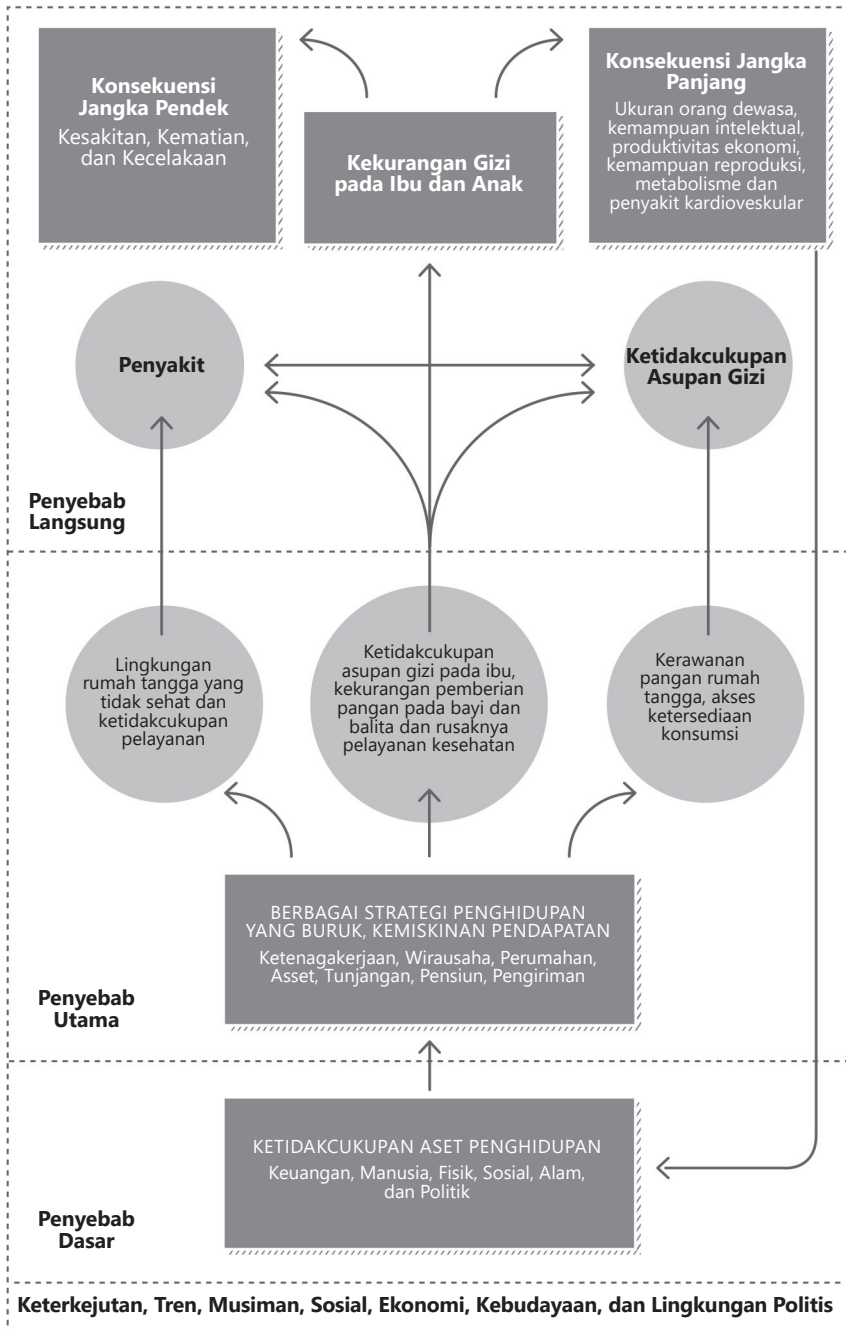
Kurang gizi mengurangi kemampuan pulih setelah krisis. Hal ini dapat mengurangi fungsi kognitif, mengurangi kekebalan tubuh terhadap penyakit, meningkatkan kerentanan terhadap penyakit menahun, membatasi peluang mata pencarian, dan mengurangi kemampuan dalam keterlibatan di dalam komunitas. Kondisi ini mengurangi ketahanan dan meningkatkan ketergantungan akan dukungan yang sedang diberikan.

Penyebab kurang gizi sangatlah rumit

Penyebab kurang gizi secara langsung adalah kurangnya asupan makanan dan penyakit yang berulang, ⊕ lihat *Gambar 7*. Faktor-faktor penyebabnya adalah kerawanan pangan di tingkat rumah tangga, kekurangan pemberian makanan dan praktik perawatan, lingkungan rumah tangga yang tidak sehat, dan kurang memadainya pelayanan kesehatan.

Faktor-faktor penyebab ini saling berkaitan satu sama lain. Oleh karena itu, meski kerawanan pangan merupakan salah satu penyebab kurang gizi, namun penyediaan bantuan pangan tidak dapat dijadikan sebagai pemecahan masalah jangka panjang, kecuali penyebab-penyebabnya yang lain ditangani pada saat bersamaan. Respons pangan dan gizi haruslah disertai dengan pelayanan WASH, hunian dan permukiman, dan layanan kesehatan dalam suatu pendekatan terkoordinasi. Sebagai contoh: warga membutuhkan jumlah dan mutu air yang memadai untuk menyiapkan makanan yang bergizi dan mengadopsi pilihan praktik pemberian makanan yang aman. Memiliki akses ke sanitasi dan fasilitas higienitas dapat mengurangi risiko akan wabah penyakit. Memiliki akses ke penampungan yang memadai dapat menyediakan akses ke fasilitas memasak dan melindungi orang-orang dari cuaca buruk, yang kemudian dapat mengurangi risiko penyakit. Pada saat semua orang memiliki akses ke pelayanan kesehatan, maka kemungkinan besar mereka memiliki status gizi lebih tinggi. Hal ini dapat meningkatkan kemampuan mereka untuk mengejar peluang mata pencarian.

Pengendalian faktor penyebab akan mencegah dan mengurangi kurang gizi. Mempertahankan asset-asset penghidupan semua orang merupakan hal dasar, karena meningkatkan kemampuan mereka untuk menangani potensi penyebab lain kurang gizi. Aset-aset mata pencarian termasuk juga peralatan dan mesin, bahan mentah, tanah, pengetahuan dan akses pasar yang berfungsi. Respons ketahanan pangan dan gizi harus berkontribusi dalam melindungi dan mengembangkan aset-aset ini. Oleh karenanya, perlu mendukung berbagai strategi penghidupan yang berbeda, ada atau tidak adanya kurang gizi yang tinggi.



Ketahanan pangan dan gizi: penyebab kekurangan gizi (gambar 7)

Perubahan sosial, ekonomi, budaya, dan politik setelah krisis lingkungan akan berdampak terhadap strategi bertahan dan akses terhadap mata pencarian ataupun aset mata pencarian. Menstabilkan faktor-faktor eksternal ini akan berkontribusi dalam peningkatan peluang untuk pendapatan dan pada akhirnya dapat mengurangi terpaparnya penduduk terhadap penyebab-penyebab kurang gizi.

Bekerja di wilayah-wilayah perkotaan mendatangkan tantangan khusus

Meningkatnya urbanisasi menciptakan berbagai tantangan baru dalam sektor ketahanan pangan dan gizi. Lingkungan-lingkungan perkotaan berpotensi untuk menawarkan peningkatan lapangan pekerjaan dan berbagai peluang penambahan penghasilan. Namun demikian, bersamaan dengan meningkatnya penduduk perkotaan, permintaan akan perumahan dan jasa pun turut meningkat. Dalam sebagian besar kasus, kebijakan-kebijakan dan strategi-strategi perencanaan tata guna lahan tidak dapat memenuhi permintaan yang tidak terantisipasi ini. Kepadatan penduduk, pencemaran udara, penanganan sampah yang buruk, dan ketiadaan fasilitas-fasilitas sanitasi di permukiman kumuh meningkatkan peluang penularan berbagai penyakit akut. Hal ini mengurangi kemampuan penduduk untuk mengambil berbagai peluang mata pencaharian dan kadangkala memicu faktor-faktor penyebab kurang gizi.

Beberapa kelompok secara khusus rentan kurang gizi

Mengembangkan respons pangan yang tepat membutuhkan pemahaman penuh terhadap kebutuhan-kebutuhan gizi yang unik perempuan hamil dan menyusui, bayi dan anak-anak, serta warga lanjut usia dan penyandang disabilitas. Meningkatkan ketahanan pangan pada tingkat rumah tangga juga membutuhkan pemahaman berbagai peran yang berbeda. Misalnya pada perempuan, yang seringkali memiliki peran besar dalam merencanakan dan mempersiapkan makanan bagi rumah tangganya.

Suatu hal yang penting untuk pemilahan data berdasarkan jenis kelamin, usia, dan disabilitas secara minimum. Hal ini menunjukkan siapakah yang membutuhkan jenis makanan tertentu dan mereka yang kemungkinan kehilangan elemen-elemen gizi penting. Pemantauan data terpilah setelah pembagian (pangan) dilakukan dengan cara yang sama, untuk mengonfirmasikan intervensi program menyediakan akses yang setara terhadap pangan dan gizi yang mencukupi dan layak.

Mencegah kurang gizi merupakan hal yang penting dalam penanganan kurang gizi akut. Ketahanan pangan dan intervensi gizi dapat menentukan status kesehatan dan gizi dalam jangka pendek, dan bertahan hidup dan kesejahteraan dalam jangka panjang.

Standar-standar minimum ini tidak boleh diterapkan dalam isolasi

Standard-standar minimum di dalam bab ini mencerminkan inti isi hak atas pangan dan kontribusi terhadap realisasi progresif hak ini secara global.

Hak atas pangan yang memadai terkait dengan hak akan air bersih dan sanitasi, kesehatan, dan hunian. Kemajuan dalam pencapaian standar-standar minimum Sphere di dalam salah satu wilayah memengaruhi kemajuan di wilayah lainnya. Oleh karena itu, suatu responsefektif mensyaratkan koordinasi dan kerjasama yang erat dengan sektor lainnya, pemerintah daerah, dan pihak yang terlibat lainnya. Hal ini membantu memastikan terpenuhinya kebutuhan dan tidak terjadinya tumpang tindih dan mutu optimal respons ketahanan pangan dan gizi. Pemeriksaan silang dalam Buku Pedoman ini menyarankan peluang keterkaitan.

Sebagai contoh, bilamana kebutuhan gizi tidak terpenuhi, maka kebutuhan air, sanitasi, dan promosi higiene (WASH) akan meningkat, karena kerentanan penduduk terkena

penyakit semakin meningkat. Hal sama berlaku pada penduduk terdapat prevalensi HIV atau terdapat sejumlah besar warga lanjut usia atau penyandang disabilitas. Dalam situasi ini, sumber pelayanan kesehatan perlu disesuaikan. Putuskan prioritas berdasarkan pada informasi yang dibagikan antar sektor dan tinjau berdasarkan pada situasi yang berkembang.

Ketika standar-standar nasional lebih rendah dibandingkan dengan Standar-Standar Minimum Sphere, maka lembaga kemanusiaan haruslah bekerjasama dengan pemerintah untuk menaikkan standard-standar mereka secara progresif.

Hukum Internasional secara spesifik melindungi hak pangan yang memadai

Hak untuk terbebas dari kelaparan dan untuk mendapatkan ketercukupan pangan dilindungi oleh hukum internasional. Hak ini memerlukan akses secara fisik dan ekonomi untuk ketercukupan pangan sepanjang waktu. Negara-negara memiliki kewajiban untuk menjamin hak ini saat warga-warga ataupun kelompok-kelompok, termasuk juga pengungsi dan penyintas, tidak dapat mengakses ketercukupan pangan, termasuk juga di saat krisis. ⊕ *Lihat Lampiran 1.*

Negara-negara dapat meminta bantuan internasional ketika sumberdaya mereka tidak mencukupi. Oleh karena itu, mereka haruslah:

- Menghormati akses yang ada untuk ketercukupan pangan dan tetap menyediakan akses tersebut;
- Melindungi akses warga terhadap ketercukupan pangan dengan menjamin lembaga-lembaga ataupun warga-warga tidak mencabut akses tersebut; dan
- Secara aktif mendukung penduduk untuk mendapat mata pencaharian dan ketahanan pangan dengan menyediakan sumberdaya yang mereka perlukan.

Menahan ketercukupan pangan dari penduduk sipil sebagai suatu metode peperangan dilarang menurut Konvensi Jenewa. Larangan lainnya yang diatur, yakni: menyerang, menghancurkan, memindahkan atau memberikan hasil panen yang tidak berguna, pertanahan, bahan pangan, pekerjaan-pekerjaan irigasi, pemasangan dan pasokan air minum, dan daerah pertanian yang memproduksi pangan.

Dalam hal pekerjaan, hukum kemanusiaan internasional mewajibkan penguasa untuk menjamin ketercukupan pangan bagi penduduk, termasuk juga pasokan impor bila wilayah tersebut kekurangan pangan.

Keterkaitan terhadap Prinsip-prinsip Perlindungan dan Standar Kemanusiaan Inti

Bantuan pangan dan gizi memiliki potensi yang mengarah kepada pelanggaran berbagai hak yang serius, ketika disalahgunakan, khususnya dalam hal eksploitasi dan penyalahgunaan terhadap peserta program. Program haruslah dirancang bersama dengan penduduk terdampak dan dilaksanakan melalui berbagai cara yang berkontribusi terhadap keselamatan, martabat dan integritas mereka. Kelayakan pengelolaan dan pengawasan yang kuat terhadap staf dan sumberdaya sangatlah diperlukan, bersamaan dengan pembatasan dan penegakan yang ketat terhadap kode etik yang berlaku bagi semua pelaku dalam penyampaian program bantuan. Buat mekanisme umpan balik yang jelas bersama dengan penduduk terdampak dan tanggap secara cepat semua keprihatinan. Pekerja bantuan harus dilatih mengenai perlindungan anak dan mengetahui cara menggunakan sistem-sistem rujukan dalam penanganan berbagai kasus diduga kekerasan, eksploitasi dan penyalahgunaan, termasuk juga terhadap anak. ⊕ *Lihat Prinsip Perlindungan 1 dan Komitmen Standar Kemanusiaan Inti 5.*



Kerjasama dan koordinasi sipil-militer, seperti misalnya dukungan logistik, haruslah dapat dievaluasi secara seksama dalam setiap situasi, khususnya dalam keadaan konflik. ⊕ *Lihat Apakah Sphere dan Prinsip-Prinsip Perlindungan.*

Dalam penerapan standard-standar minimum, kesembilan komitmen dalam Standar Kemanusiaan Inti haruslah dapat dihargai sebagai suatu landasan dalam penyediaan ketahanan pangan dan program gizi yang akuntabel.

1. Penilaian Ketahanan Pangan dan Gizi

Penilaian-penilaian ketahanan pangan dan gizi diperlukan sepanjang suatu krisis. Penilaian-penilaian ini menunjukkan perkembangan suatu situasi dan memungkinkan penyesuaian respons sepiantasnya. Secara ideal penilaian-penilaian ketahanan pangan dan gizi haruslah tumpang tindih, identifikasi berbagai hambatan dalam kecukupan gizi dan ketersediannya, akses dan penggunaan pangan. Penilaian-penilaian ketahanan pangan dan gizi bersama dapat meningkatkan penghematan dan keterkaitan gizi dengan program ketahanan pangan.

Penilaian haruslah mengikuti berbagai prinsip yang dapat diterima secara luas, menggunakan metode internasional dan imparial, keterwakilan dan koordinasi yang baik antara organisasi kemanusiaan dan pemerintah. Penilaian-penilaian haruslah saling melengkapi, konsisten dan dapat dibandingkan. Para pemangku kepentingan harus menyetujui suatu metodologi yang sesuai. Metode ini mencakup lintas bagian dari kelompok-kelompok terdampak dengan perhatian diberikan kepada kelompok-kelompok berisiko. Penilaian-penilaian multi sektor dapat membantu dalam menilai krisis skala besar dan dalam cakupan wilayah geografis yang lebih luas.

Sasaran dari penilaian-penilaian ketahanan pangan dan gizi, adalah untuk:

- memahami situasi dan kebutuhan sekarang, dan bagaimana memenuhi kebutuhan tersebut;
- memperkirakan jumlah warga yang membutuhkan bantuan;
- mengidentifikasi kelompok berisiko tertinggi; dan/atau
- menyediakan suatu data dasar dalam memantau dampak dari suatu respons kemanusiaan.

Penilaian-penilaian dapat dilakukan pada berbagai tahap suatu krisis, misalnya:

- suatu penilaian awal yang dilakukan dalam hari pertama sampai hari ke-3 pertama untuk segera membagikan bantuan pangan;
- suatu penilaian cepat yang dilakukan dalam 2 hingga 3 minggu, berdasarkan pada pengandaian-pengandaian dan perkiraan untuk penyediaan suatu dasar perancangan program-program;
- suatu penilaian rinci dalam 3 hingga 12 bulan ketika kelihatannya situasi memburuk atau diperlukan informasi dalam mengembangkan program-program pemulihan.

Penilaian-penilaian ketahanan pangan yang rinci identifikasi strategi-strategi mata pencarian, aset, dan cara bertahan. Penilaian-penilaian ini mempertimbangkan bagaimana strategi-strategi ini telah berubah sebagai hasil dari krisis, dan akibatnya terhadap ketahanan pangan. Suatu penilaian secara mendalam haruslah mengidentifikasi cara terbaik untuk melindungi dan/atau mempromosikan strategi-strategi mata pencaharian ini dalam rangka mencapai ketahanan pangan.

Penilaian-penilaian gizi mencakup pengumpulan dan analisa keterwakilan data dalam rangka menetapkan tingkat prevalensi kurang gizi akut, pemberian makanan pada bayi dan anak-anak kecil, dan praktik-praktik rawatan lainnya. Data ini, dikombinasikan dengan analisis penyebab utama kurang gizi lainnya, dan penilaian-penilaian kesehatan dan ketahanan pangan, menunjukkan suatu analisa penyebab kurang gizi. Hal ini berguna dalam perencanaan, pelaksanaan, dan pemantauan dalam berbagai program gizi.



Pasar memainkan peran yang sangat penting dalam ketahanan pangan dan gizi di lingkungan perdesaan maupun perkotaan. Seluruh penilaian haruslah mencakup suatu analisa pasar yang memenuhi Standar Minimum untuk Analisa Pasar (MISMA) dan/atau Standar Minimum Pemulihan Ekonomi (MERS) ⊕ *Lihat Penyaluran Bantuan melalui Pasar.*

Standar penilaian ketahanan pangan dan gizi berikut ini dikembangkan berdasarkan Komitmen 1 dari Standar Kemanusiaan Inti untuk merancang respons tepat dalam ketahanan pangan dan gizi bagi penduduk terdampak. ⊕ Lihat Lampiran 1 2, dan 3, dan juga buku panduan LEGS untuk daftar periksa penilaian.

Standar 1.1. penilaian ketahanan pangan dan gizi:

Penilaian Ketahanan Pangan

Pada saat warga terpapar risiko kerawanan pangan, penilaian dilakukan untuk menentukan tingkat dan luasan kerawanan pangan, idenfikasi warga yang paling terdampak dan menentukan tindakan respons yang tepat.

Tindakan-tindakan kunci

- 1) Mengumpulkan dan menganalisa informasi terhadap ketahanan pangan pada tahap awal dan saat krisis
 - Mencakup analisa terhadap isu kritis terkait dengan ketahanan pangan, seperti kerusakan lingkungan, perlindungan dan akses pasar.
- 2) Analisa dampak ketahanan pangan terhadap status gizi dari penduduk yang terkena dampak
 - Mencakup tinjauan terhadap akar penyebab kurang gizi termasuk juga pelayanan kesehatan yang tidak memadai, lingkungan rumah tangga yang kotor, tiadanya pelayanan kesehatan atau akses terhadap sistem perlindungan sosial
 - Mengumpulkan data sesering mungkin dalam konteks perkotaan karena situasi dapat berubah secara cepat dan lebih sulit untuk dipantau dibandingkan daripada konteks perdesaan.
- 3) Mengidentifikasi kemungkinan ragam respons darurat yang dapat membantu penyelamatan jiwa dan mempromosikan mata pencarian.
 - Mencakup penilaian pasar dan kapasitas pemerintah dan pelaku lainnya untuk merespons kebutuhan
- 4) Menganalisa ketersediaan sumber daya untuk memasak dan metodenya, termasuk jenis kompor dan bahan bakar, serta ketersediaan panci dan alat masak.
 - Menganalisa bagaimana caranya penduduk mendapatkan dan menyimpan makanan dan memasak, serta menggunakan bahan bakar sebelum terjadinya krisis, saat kondisi sebelum krisis pendapatan, dan bagaimana mereka mengatasinya sekarang ini.
 - Memperhatikan hak-hak dan perlindungan kebutuhan-kebutuhan perempuan dan anak perempuan, yang memiliki tanggung jawab secara umum untuk mengumpulkan bahan bakar dan menyiapkan makanan.

Indikator-indikator kunci

Protokol-protokol standar digunakan untuk menganalisa ketahanan pangan, mata pencarian, dan strategi bertahan

Persentase laporan analitik yang menggabungkan temuan, termasuk juga metode penilaian dan keterbatasan yang dihadapi

Catatan-catatan Panduan

Data sebelum krisis dikombinasikan dengan data sistem informasi geografis sehingga dapat memberikan suatu gambaran dampak potensial dari suatu krisis. Namun demikian, data ini sangatlah tidak memungkinkan untuk dipilah secara layak dalam rangka memberikan gambaran dalam situasi perkotaan.

Sumber-sumber penilaian, perangkat, dan sistem informasi: sumber-sumber informasi termasuk juga penilaian hasil panen, gambaran citra satelit, penilaian rumah tangga, diskusi kelompok terpadu dan wawancara dengan pemberi informasi kunci. Perangkat-perangkat yang berguna termasuk juga Angka Konsumsi Pangan, Angka Keberagaman Diet Rumah Tangga, dan Pengurangan Indeks Strategi Bertahan untuk pengukuran secara cepat dalam ketahanan pangan rumah tangga. Ada banyak sekali sistem informasi ketahanan pangan setempat dan regional, termasuk sistem peringatan dini kelaparan. Gunakan Penggolongan Tahap Ketahanan Pangan terpadu yang tersedia dan gunakan protokol standar untuk menggolongkan beratnya dan penyebab kerawan pangan akut di wilayah tersebut. Rancangan program ketahanan pangan haruslah berdasarkan pada suatu analisa respons yang jelas menggunakan temuan penilaian-penilaian.

Kerusakan lingkungan dapat menyebabkan kerawanan pangan dan kerawanan pangan dapat menyebabkan kerusakan lingkungan. Contohnya, mengumpulkan kayu bakar dan memproduksi arang tradisional yang digunakan untuk memasak makanan dan menghasilkan pendapatan dari penjualannya. Namun demikian, hal ini dapat menyebabkan penebangan hutan. Respons-respons haruslah melindungi dan mendukung ketahanan pangan sekaligus membatasi dampak negatif terhadap lingkungan.

Kelompok berisiko: Pemilahan data berdasarkan jenis kelamin, usia, disabilitas, kelompok sejahtera dan faktor lainnya. Perempuan dan laki-laki mungkin memiliki peran saling melengkapi yang berbeda dalam pemenuhan gizi rumah tangga. Konsultasi dengan kedua kelompok ini, secara terpisah ketika diperlukan, mengenai praktik-praktik ketahanan pangan, penyiapan pangan, dan sumberdata rumah tangga. Haruslah disadari bahwa warga lanjut usia dan penyandang disabilitas mungkin tidak termasuk dalam pembagian bantuan pangan dalam rumah tangga.

Masukkan anak-anak perempuan dan anak-anak laki-laki, khususnya rumah tangga yang dikepalai anak-anak, anak terpisah dari orangtua atau hidup sendiri, dan anak-anak dengan disabilitas dan anak yang tinggal di tempat perawatan alternatif. Harap diperhatikan anak-anak dalam situasi krisis yang berbeda. Saat terjadinya kejadian luar biasa (wabah) penyakit menular, seperti anak dalam pengawasan, perawatan sementara dan pusat perawatan. Dalam situasi konflik, masukkan juga anak dalam pusat demobilisasi.

Strategi bertahan: mempertimbangkan jenis-jenis strategi bertahan, tepat guna, dan setiap akibat buruknya. Beberapa strategi bertahan, misalnya menjual lahan, pindah bersama seluruh keluarga atau penebangan hutan, mungkin merusak ketahanan pangan di masa depan. Beberapa strategi-strategi bertahan digunakan oleh atau dipak-



sakan terhadap perempuan, anak-anak perempuan dan anak-anak laki-laki yang mungkin memengaruhi kesehatan mereka, kondisi psikologis, dan integrasi sosial. Strategi bertahan ini termasuk juga mempertukarkan atau “penyintas” seksual, menikahkan anak perempuan sebagai pengantin bayaran, perempuan dan anak perempuan yang kurang atau terakhir makan, pekerja anak, perpindahan berisiko, dan perdagangan anak.

Upaya-upaya pengganti: Konsumsi pangan mencerminkan asupan energi dangizi anggota rumah tangga. Ini tidak praktis untuk mengukur konsumsi energi aktual dan gizi saat penilaian awal. Oleh karenanya, gunakanlah indikator pengganti. Contohnya jumlah kelompok pangan yang dikonsumsi oleh warga atau rumah tangga dan frekuensi dari konsumsi pada suatu periode tertentu yang mencerminkan keberagaman jenis makanan. Perubahan-perubahan jumlah konsumsi makanan harian dan keberagaman jenis makanan merupakan pengukuran pengganti yang baik terhadap ketahanan pangan, khususnya berkenaan dengan status sosial ekonomi rumah tangga.

Perangkat-perangkat pengukuran pola konsumsi pangan termasuk juga Angka Keberagaman Jenis Makanan Rumah Tangga, Skala Akses Kerawanan Pangan Rumah Tangga, dan Angka Konsumsi Pangan. Skala Kelaparan Rumah Tangga merupakan indikator pengganti baik lainnya dari kerawanan pangan. Indikator-indikator yang pada umumnya digunakan adalah Angka Konsumsi pangan yang mungkin tidak mencerminkan kerawanan pangan dalam situasi perkotaan. Triangulasi pengukuran-pengukuran yang terpilih dengan pengukuran strategi bertahan adalah untuk memahami perbedaan permasalahan dalam mengakses pangan.

Bagi Pengeluaran untuk Pangan dan membuat ambang batasnya mungkin terlalu rumit untuk dilaksanakan dalam rumah tangga perkotaan. Hal ini dikarenakan sebagian warga mungkin bertanggung jawab dalam penyediaan pangan, anggota rumah tangga mengkonsumsi sumber pangan di luar rumah, dan banyak anggota keluarga yang berkontribusi pada pendapatan rumah tangga.

Analisa pasar dan pembiayaan jenis makanan: Mendapatkan gambaran informasi mengenai akses ke pasar, modal keuangan, mata pencaharian dan kerentanan ekonomi. Elemen-elemen ini terkait dengan harga komoditas, peluang mendapatkan penghasilan dan tingkat upah, yang dapat berpengaruh terhadap ketahanan pangan. Sistem pasar, baik formal maupun informal, dapat melindungi mata pencarian melalui pemasokan bahan produktif, seperti benih dan peralatan ⊕ *lihat Ketahanan pangan dan gizi-standar mata pencarian 7.1 dan 7.2.*

Masukkan suatu analisa pasar sebagai bagian penilaian-penilaian awal dan penilaian konteks selanjutnya. Analisa pasar haruslah menilai apakah pasar setempat dapat mendukung kebutuhan gizi dan menetapkan biaya dan keterjangkauan pangan yang memenuhi kebutuhan gizi dari suatu rumah tangga tertentu. ⊕ *lihat Penyaluran Bantuan melalui Pasar.*

Di wilayah perdesaan dan secara teratur di perkotaan meningkat respons berbasis pasar. Mereka menggunakan penjual, ruang pasar, produk pangan setempat dan jasa pengiriman untuk memenuhi kebutuhan penduduk yang terkena dampak. Oleh karena itulah sangatlah penting untuk memahami akses pasar terhadap kelompok-kelompok berisiko ⊕ *lihat MISMA Handbook.*

Standar 1.2. ketahanan pangan dan penilaian gizi:

Penilaian gizi

Penilaian-penilaian gizi menggunakan metode-metode yang biasa digunakan dalam mengidentifikasi jenis, tingkat dan luasan kurang gizi, mereka yang paling berisiko dan respons yang tepat

Tindakan-tindakan kunci

- 1 Mengumpulkan informasi sebelum krisis dan melakukan penilaian awal dalam menentukan penyebab dan keparahan dari situasi gizi
 - Menilai kapasitas nasional dan setempat dalam memimpin atau mendukung suatu respons, dan juga pelaku gizi lainnya.
- 2 Melakukan pemeriksaan Lingkar Lengan Atas bagian Tengah (mid upper arm circumference/MUAC) dan penilaian terhadap pemberian makanan bayi dan anak-anak kecil dalam situasi darurat (IYCF-E) untuk menilai situasi gizi saat terjadinya krisis.
- 3 Mengidentifikasi kelompok-kelompok yang memiliki kebutuhan dukungan gizi terbanyak
 - Mengumpulkan informasi mengenai penyebab kurang gizi dari sumber primer dan sekunder, termasuk juga persepsi dan pendapat komunitas.
 - Melibatkan komunitas dalam mengidentifikasi kelompok-kelompok berisiko dan memberikan perhatian pada usia, jenis kelamin, disabilitas, penyakit menahun, dan faktor lainnya
- 4 Menentukan respons yang tepat berdasarkan pemahaman akan situasi dan ke-daruratan.
 - Menentukan apakah situasi yang dihadapi stabil atau menurun, meninjau kecenderungan status gizi sepanjang waktu, dibandingkan dengan prevalensi kurang gizi pada waktu tertentu.
 - Mempertimbangkan pilihan-pilihan pencegahan dan perawatan.

Indikator-indikator kunci

Protokol-protokol standar digunakan dalam menilai kurang gizi dan identifikasi penyebabnya

Persentase laporan penilaian yang mencakup metodologi penilaian dan permasalahan yang dihadapi



Catatan-catatan Panduan

Informasi kontekstual: Informasi mengenai penyebab kurang gizi dapat dikumpulkan dari sumber primer maupun sekunder, termasuk juga profil kesehatan dan gizi, laporan penelitian, informasi peringatan dini, catatan fasilitas kesehatan, laporan ketahanan pangan dan sumber lainnya. Contohnya termasuk:

- Penelitian demografis kesehatan;
- Penelitian klaster multi indikator;
- Data dasar informasi gizi nasional;

- Penelitian gizi dan kesehatan nasional lainnya
- Sistem kewaspadaan gizi nasional
- Biaya perawatan dan cakupan lainnya dalam program yang tersedia dalam penanganan kurang gizi, dan
- Prevalensi HIV, kejadian dan tingkat kematian, termasuk juga kelompok-kelompok berisiko lebih tinggi atau dengan tingkat hambatan lebih tinggi ⊕ *Lihat Standar 2.3.3 Layanan kesehatan dasar- kesehatan reproduksi dan seksual 2.3.3: HIV*

Lembaga setempat dan komunitas haruslah aktif dalam berkontribusi dalam penilaian, menafsirkan temuan-temuan dan perencanaan respons di manapun memungkinkan.

Respons cepat: Pada fase pertama krisis, keputusan-keputusan mengenai pembagian pangan secara umum atau penanganan kurang gizi secara cepat haruslah berdasarkan pada penilaian cepat, temuan awal dan kapasitas yang dimiliki dalam merespons. Suatu analisa secara mendalam harus dilakukan pada tahapan selanjutnya, tetapi tidaklah boleh menghambat respons saat terjadinya fase akut.

Lingkup analisa: penilaian secara mendalam haruslah dilakukan saat hambatan informasi teridentifikasi dan saat informasi tambahan diperlukan untuk merancang program, untuk mengukur keluaran program atau advokasi. Tentukan apakah penilaian kualitatif dan kuantitatif seluruh penduduk diperlukan untuk memahami status antropometrik, status gizi mikro, praktik-praktik pemberian makanan bayi dan anak-anak kecil dan perawatan ibu serta keterkaitan potensi penentu kurang gizi. Koordinasi dengan sektor kesehatan, air, sanitasi dan promosi hygiene (WASH) dan ketahanan pangan dirancang dan dipersiapkan untuk penilaian.

Penelitian antropometrik: Penelitian ini dilakukan untuk memeriksa proporsi fisik tubuh dan menyediakan perkiraan suatu perkiraan tingkatan kurang gizi menahun dan akut. Penelitian ini bisa dilakukan berdasarkan pada contoh acak atau pemeriksaan secara khusus. Penelitian haruslah melaporkan Z-Skor untuk berat dan tinggi badan berdasarkan pada referensi Pusat Statistik Kesehatan Nasional atau NCHS sebagai perbandingan dengan penelitian terdahulu. Termasuk juga kondisi badan kurus (*wasting*), dan sangat kurus berdasarkan pengukuran MUAC. Praktik yang paling diterima secara luas adalah dengan menilai tingkat kurang gizi anak-anak di usia 6 hingga 59 bulan sebagai pengganti keseluruhan penduduk. Namun demikian, apabila ada kelompok lainnya yang memiliki risiko gizi lebih tinggi, kelompok ini dapat juga dimasukkan dalam penilaian. ⊕ *Lihat Lampiran 4: Pengukuran Kurang gizi Akut.*

Menetapkan tingkat gizi edema dan mencatatnya secara terpisah. Melaporkan interval tingkatan kurang gizi dan mendemonstrasikan jaminan mutu penelitian. Penggunaan perangkat seperti metodologi panduan standar pemantauan dan penilaian untuk bantuan dan transisi (SMART), standar perluasan penelitian nasional (SENS) bagi penduduk pengungsi, piranti lunak penilaian gizi darurat, atau informasi piranti lunak Epi Info.

Penilaian pemberian makanan kepada bayi dan balita: Nilai kebutuhan dan prioritas untuk pemberian makanan bayi dan balita dalam kondisi darurat (IYCF-E) dan pantau dampak dari aksi kemanusiaan dan ketiadaan aksi terhadap praktik pemberian makanan kepada bayi dan balita. Data sebelum krisis dapat digunakan untuk menginformasikan dalam penentuan keputusan awal. Bekerja dengan sektor lainnya, untuk memasukkan pertanyaan terkait dengan IYCF-E di setiap penilaian sektor lainnya dan menggali data multi sektor untuk menginformasikan penilaian ini. ⊕ *lihat Lampiran 3: Kotak Simbol Penilaian Gizi.*

Masukkan jumlah konselor ASI yang ada, pekerja kesehatan terlatih, dan layanan pendukung lainnya serta kapasitasnya. Untuk penilaian mendalam lebih lanjut, dilakukan melalui pengambilan contoh acak, sampel sistematis atau contoh klaster. Hal ini dapat dilakukan penelitian IYCF-E saja atau melalui suatu penelitian terpadu. Demikian, suatu penelitian terpadu akan menghasilkan contoh yang terbatas, yang dapat mengurangi keterwakilan dalam penelitian.

Indikator-indikator lainnya: Informasi tambahan dapat dipertimbangkan secara seksama untuk menginformasikan keseluruhan penilaian status gizi. Hal ini termasuk juga imunisasi dan program gizi yang mencakup campak, vitamin A, yodium atau kurang zat gizi mikro lainnya, kesakitan penyakit, dan pencarian perilaku sehat. Angka kematian kasar bayi dan anak-anak kecil, dengan penyebab kematian, dapat juga dipertimbangkan ketika tersedia.

Menafsirkan tingkat kurang gizi: Analisa terinci terhadap referensi penduduk dan kepadatan, demikian juga halnya angka kematian dan kesakitan, dibutuhkan untuk menentukan tingkat kurang gizi yang membutuhkan perhatian. Informasi juga dibutuhkan terhadap status kesehatan, fluktuasi musiman, indikator IYCF-E, tingkat kurang gizi sebelum krisis, proporsi kurang gizi akut berkenaan dengan kurang gizi akut secara global, dan tingkat kurang zat gizi mikro ⊕ *lihat standar pelayanan kesehatan dasar 2.2.2: penanganan penyakit pada bayi dan masa anak-anak dan Lampiran 5: Mengukur Makna Kesehatan Masyarakat Kurang Zat Gizi Mikro.*

Suatu kombinasi sebagai pelengkap sistem informasi mungkin paling hemat untuk memantau kecenderungan. Model pengambilan keputusan dan pendekatan-pendekatan yang mempertimbangkan beberapa variabel, seperti ketahanan pangan, mata pencarian, dan kesehatan dan gizi yang tepat ⊕ *Lihat Ketahanan pangan dan penilaian gizi standar 1.1: penilaian ketahanan pangan*



2. Penanganan Kurang Gizi

Pencegahan dan perawatan kurang gizi keduanya merupakan pertimbangan sangat penting dalam krisis kemanusiaan. Kurang gizi menahun dapat dicegah, akan tetapi hanya sedikit bukti yang bahwa itu bisa dibalik atau dirawat. Di sisi lainnya, kurang gizi akut-yang dipicu saat terjadinya suatu krisis-dapat dicegah dan dirawat dengan respons gizi yang tepat.

Respons gizi adalah kunci dalam mengurangi kematian dan kesakitan penduduk terdampak. Namun demikian, mereka membutuhkan suatu pemahaman kerumitan penyebab dari kurang gizi. Suatu pendekatan multi sektor penting untuk menangani semua penyebab dan interaksinya.

Penanganan kurang gizi akut sedang: Dalam krisis, pemberian makanan tambahan seringkali dilakukan sebagai strategi utama untuk pencegahan dan perawatan dalam kurang gizi akut sedang.

Dua jenis program pemberian makanan tambahan yang seringkali dilakukan adalah: pemberian makanan tambahan darurat untuk pencegahan, dan pemberian makanan darurat terbatas untuk perawatan kurang gizi akut sedang dan pencegahan gizi buruk akut. Penggunaan setiap program ini tergantung kepada tingkat kurang gizi akut, kerentanan kelompok-kelompok penduduk, dan risiko suatu peningkatan kurang gizi akut.

Pemberian makanan tambahan darurat direkomendasikan ketika kerawanan pangan tinggi dan adanya kebutuhan untuk memperluas intervensi di luar kasus kurang gizi akut. Program ini harus disertai dengan pembagian pangan yang ditujukan bagi rumah tangga yang terdampak. Tidak ada definisi indikator dampak terhadap pemberian makanan tambahan darurat, namun sangatlah penting untuk memantau cakupan, kepatuhan, penerimaan, dan bahan pangan yang diberikan. Indikator dalam penanganan kurang gizi akut sedang biasanya mengacu pada sasaran pemberian makanan tambahan.

Tujuan utama dari suatu program pemberian makanan tambahan yang disasar adalah untuk mencegah kurang gizi sedang menjadi buruk dan untuk merehabilitasi korban. Jenis-jenis program ini biasanya memberikan suatu makanan tambahan kepada penduduk untuk warga yang kurang gizi sedang, ibu hamil dan menyusui, dan warga-warga berisiko lainnya.

Penanganan gizi buruk akut: Suatu keragaman pendekatan digunakan untuk perawatan terapeutik. Penanganan kurang gizi akut berbasis penduduk merupakan pendekatan yang disarankan ketika kondisi memungkinkan. Hal ini termasuk juga:

- Rawat inap bagi warga dengan komplikasi medis yang menunjukkan gizi buruk akut;
- Rawat inap bagi semua bayi dibawah 6 bulan yang menunjukkan gizi buruk akut;
- Rawat inap bagi warga dengan gizi buruk akut tanpa komplikasi medis;
- Penyuluhan penduduk; dan
- Pelayanan atau program lainnya spesifik sesuai situasi untuk warga kurang gizi akut sedang.

Program-program dalam penanganan gizi buruk akut harus didukung dengan program pemberian makanan tambahan dan penerarahan penduduk untuk mendukung penyuluhan, penemuan kasus aktif, rujukan, dan tindak lanjut.

Standar 2.1. Penanganan kurang gizi: Kurang gizi sedang

Kurang gizi akut sedang dicegah dan ditangani

Tindakan-tindakan kunci

- 1 Menetapkan strategi, tujuan, dan kriteria yang terdefiniskan dengan jelas dan disepakati untuk pengaturan dan pelaksanaan intervensi dari sejak awal program.
- 2 Memaksimalkan akses untuk mencakup intervensi kurang gizi sedang melalui keikutsertaan dan keterlibatan komunitas dari sejak awal.
 - Bekerja dengan pemangku kepentingan komunitas untuk menemukenali warga dan rumah tangga rentan.
- 3 Menetapkan protokol penerimaan dan pelepasan, berdasarkan kriteria antropometrik nasional dan internasional yang diterima.
 - Menentukan kriteria pelepasan saat pelaporan indikator kinerja.
 - Menyelidiki dan bertindak atas kasus kegagalan dan non-respons atau suatu peningkatan kematian.
- 4 Mengaitkan pengelolaan kurang gizi akut sedang hingga akut berat dengan layanan kesehatan yang ada.
- 5 Memberikan bahan makanan kering sebagai tambaha untuk dibawa pulang atau makanan siap saji, kecuali ada alasan jelas untuk pemberian makanan di lokasi.
 - Memberikan bahan pangan berdasarkan perhitungan seminggu sekali hingga dua minggu sekali. Mempertimbangkan komposisi dan ukuran rumah tangga, ketahanan pangan rumah tangga, dan kemungkinan untuk saling berbagi saat pengaturan ukuran dan komposisi bahan makanan.
 - Memberikan informasi yang jelas mengenai persiapan dan penyimpanan makanan tambahan, cara dan waktu makan yang bersih.
- 6 Melindungi, mendukung, dan mempromosikan ASI, pemberian makanan tambahan, promosi higiene dan interaksi yang baik antara ibu-anak.
 - Memberikan informasi yang jelas mengenai pentingnya pemberian ASI Eksklusif untuk anak hingga berusia 6 bulan, dan melanjutkan ASI bagi anak berusia 6 hingga 24 bulan, untuk kesehatan fisik dan psikologis ibu dan anak.
 - Mendaftarkan ibu menyusui yang memiliki anak berusia dibawah 6 bulan yang mengalami kurang gizi akut kedalam program pemberian makanan tambahan, tanpa harus melihat status gizi ibu.



Indikator-indikator kunci

Persentase penduduk sasaran yang dapat mengakses bahan makanan kering tambahan di lokasi dalam jarak 1 hari perjalanan pulang pergi (termasuk waktu untuk perawatan)

- >90 %

Persentase penduduk sasaran yang dapat mengakses lokasi program dalam waktu 1 jam

- >90 %

Persentase kasus kurang gizi akut sedang (MAM) dengan akses ke tempat pelayanan perawatan (cakupan)

- >50 % di daerah perdesaan
- >70 % di daerah perkotaan
- >90 % di tenda resmi

Perbandingan warga yang keluar dari program pemberian makanan tambahan karena meninggal dunia, pulih, maupun gagal

- Meninggal dunia: <3 %
- Pulih: >75 %
- Gagal: <15 %

Catatan-catatan Panduan

Rancangan Program: Rancangan program yang dibangun untuk mendukung kapasitas sistem kesehatan dan mempertimbangkan akses terhadap fasilitas kesehatan, penyebaran geografis penduduk dan keamanan. Mempertahankan hubungan pasien dalam perawatan rawat inap dan rawat jalan terapeutik, perawatan sebelum persalinan, pencegahan malaria, penyakit masa kecil dan pemeriksaan HIV dan perawatan TBC, serta program ketahanan pangan termasuk juga pangan, uang tunai atau kupon.

Program pemberian makanan tambahan tidak dimaksudkan untuk menggantikan diet, akan tetapi untuk melengkapinya. Program ini bagian dari pendekatan multi sektor dengan pelayanan tambahan seperti: WASH, Kesehatan, IYCF dan distribusi pangan. Penilaian dilakukan terhadap ketersediaan makanan tambahan pada pasar nasional dan internasional serta factor potential dalam tantangan pada perencanaan program ⊕ *lihat Penyaluran bantuan melalui pasar*

Pencegahan atau perawatan: Mengadopsi pilihan pendekatan pemberian makanan tambahan darurat untuk mencegah kurang gizi atau suatu pendekatan target dalam penanganan. Keputusan tergantung pada:

- tingkat akan kurang gizi akut dan jumlah orang yang terdampak;
- risiko meningkatnya kesakitan;
- risiko menurunnya ketahanan pangan;
- perpindahan dan kepadatan penduduk;
- kapasitas untuk menyaring dan memantau penduduk terdampak menggunakan kriteria antropometrik; dan
- ketersediaan sumberdaya dan akses terhadap penduduk terdampak.

Menyasar pemberian makanan tambahan pada umumnya memerlukan waktu dan upaya lebih untuk menyaring dan memantau warga-warga yang kurang gizi, akan tetapi diperlukan juga sumber pangan khusus lebih sedikit. Suatu pendekatan dalam pemberian makanan tambahan terbatas pada umumnya memerlukan sedikit kepakaran staf, namun sumber pangan yang lebih khusus.

Pengerahan penduduk yang tepatguna: Pengerahan dan keterlibatan warga akan meningkatkan pemahaman warga mengenai program dan ketepatgunaannya. Bekerja dengan penduduk sasaran dalam menentukan lokasi program. Pertimbangkan kelompok-kelompok berisiko yang mungkin mengalami kesulitan dalam mengakses lokasi.

Bagi informasi yang jelas dan lengkap dalam berbagai bahasa yang mudah diakses dengan menggunakan berbagai saluran informasi, termasuk suara, gambar, dan bentuk tertulis.

Jangkauan mengacu pada jumlah warga yang menerima perawatan sebagai proporsi dari jumlah penduduk yang memerlukan perawatan. Jangkauan dapat dipengaruhi oleh:

- penerimaan dari program, termasuk lokasi dan aksesibilitas ke lokasi program;
- situasi keamanan;
- frekuensi pembagian;
- waktu menunggu;
- perluasan penerahan penduduk, kunjungan rumah dan penyaringan;
- ketersediaan staf gizi laki-laki dan perempuan;
- keselarasan kriteria pendaftaran pasien dan cakupan pelayanan; dan
- kemampuan pengasuh untuk mengidentifikasi tanda-tanda kurang gizi.

Metodologi penilaian jangkauan mahal dan memerlukan staf yang terlatih secara khusus. Ketika penelitian cakupan tidak tersedia, konsultasikan panduan nasional ketika memutuskan untuk menggunakan metode alternatif. Gunakan data program rutin, seperti penyaringan, rujukan, dan pendaftaran pasien untuk memperkirakan jangkauan layanan.

Mungkin tidak perlu melakukan penilaian jangkauan kesehatan secara rutin kecuali bila ada perubahan bermakna di wilayah program, seperti perpindahan penduduk atau suatu produk atau protokol perawatan baru akan digunakan.

Kriteria Pendaftaran haruslah konsisten dengan panduan nasional dan internasional. Kriteria pendaftaran pasien untuk bayi di bawah enam bulan dan kelompok dengan status antropometrik sangat sulit untuk ditentukan, termasuk juga status klinis dan pemberian ASI ⊕ lihat Lampiran 4: Pengukuran Kurang gizi Akut dan Rujukan serta Bahan Bacaan Lebih Lanjut

Warga (dugaan) dengan HIV-positif atau warga dengan tuberkulosis atau penyakit menahun lainnya tidak boleh didiskriminasikan dan harus mendapat akses perawatan yang sama ketika mereka memenuhi kriteria pendaftaran pasien. Beberapa warga yang tidak memenuhi kriteria antropometrik kurang gizi untuk mendapatkan pemberian makanan tambahan. Ini mungkin termasuk, sebagai contoh warga dengan HIV, tuberkulosis atau penyakit menahun lainnya, orang yang dilepaskan dari perawatan tetapi memerlukan dukungan terapeutic untuk menghindari kekambuhan, atau penyandang disabilitas. Sesuaikan sistem pemantauan dan pelaporan ketika warga-warga tersebut tidak memenuhi kriteria antropometrik.

Warga dengan HIV yang tidak memenuhi kriteria pendaftaran pasien, kadangkala memerlukan dukungan gizi. Dukungan semacam ini baiknya ditawarkan di luar situasi rawatan untuk kurang gizi buruk dalam krisis. Berikan warga-warga ini dan keluarganya suatu rangkaian layanan, termasuk perawatan berbasis komunitas dan rumah, pusat perawatan tuberkulosis dan program pencegahan penularan dari ibu ke anaknya.

Pemantauan dan kriteria pelepasan: Jumlah warga yang lepas dari perawatan, termasuk juga mereka yang sembuh, meninggal dunia, kegagalan, maupun belum pulih. Rujukan terhadap warga untuk pelayanan tambahan, misalnya pelayanan kesehatan, tidak mengakhiri masa perawatan mereka, mereka akan kembali untuk berobat ataupun melanjutkan pengobatannya. Pelepasan terhadap individu ini tidak termasuk kasus pemindahan individu ke wilayah atau mereka yang belum mengakhiri masa perawatannya.



Ketika warga-warga ini tergabung dalam program gizi setelah pelepasan mereka dari perawatan terapeutik, maka pelaporan mereka haruslah dilakukan secara terpisah untuk menghindari bias dari hasil pelayanan. Ketika seseorang mengalami berbagai gejala kurang gizi akut sebagai suatu hasil dari faktor-faktor lain, seperti misalnya disabilitas, masalah operasi atau bibir sumbing, masuk mereka ke dalam pelaporan program. Selidiki pengaruh gender terhadap akses perawatan, perawatan kembali, dan pemulihan.

Perhitungan statistik pelepasan adalah sebagai berikut:

- Persentase pelepasan orang yang mengalami pemulihan = $\frac{\text{jumlah orang yang pulih}}{\text{total jumlah individu yang dilepas}} \times 100$
- Persentase pelepasan orang yang meninggal dunia = $\frac{\text{jumlah angka kematian}}{\text{total jumlah orang yang dilepas}} \times 100$
- Persentase pelepasan orang yang kembali kambuh = $\frac{\text{jumlah orang yang kambuh}}{\text{total jumlah individu yang dilepas}} \times 100$
- Persentase pelepasan orang yang tidak kembali pulih = $\frac{\text{jumlah orang yang tidak pulih kembali}}{\text{total jumlah individu yang dilepas}} \times 100$

Sebagai tambahan indikator-indikator yang tersebut diatas, sistem pemantauan haruslah mencakup:

- partisipasi penduduk;
- penerimaan terhadap program (angka cakupan dan kegagalan haruslah digunakan sebagai tolak ukur pengganti);
- jumlah dan mutu pangan;
- cakupan;
- alasan-alasan untuk pemindahan ke program lainnya (khususnya bagi anak-anak yang status gizinya bertambah buruk dan mengarah ke kurang gizi akut); dan
- jumlah orang yang terdaftar dalam perawatan.

Pertimbangkan faktor-faktor luar, seperti misalnya;

- pola kesakitan;
- tingkat kurang gizi dalam penduduk;
- tingkat kerawanan pangan di rumah tangga dan penduduk;
- Intervensi pelengkap yang tersedia bagi penduduk (termasuk bantuan pangan umum atau yang setara dengan program); dan
- kapasitas sistem yang ada untuk layanan pembagian (pangan).

Keterkaitan dengan kesehatan dan sektor lainnya: Kedua program pemberian makanan tambahan darurat dan yang terasar dapat digunakan sebagai suatu landasan untuk memberikan pelayanan pelengkap. Dalam banyak situasi, program pemberian makanan tambahan darurat untuk pencegahan dapat mendukung respons krisis. Contohnya, program ini dapat menyediakan akses terhadap penduduk sasaran melalui pendaftaran penduduk, penyaringan komunitas dan rujukan untuk gizi buruk akut dan sedang. Kaitan ini juga dapat memungkinkan intervensi untuk ketahanan hidup anak-anak, seperti misalnya:

- obat cacing;
- tambahan vitamin A;
- zat besi dan asam folat yang dikombinasikan dengan penyaringan dan perawatan malaria;

- mineral seng untuk perawatan diare; dan
- imunisasi.

⊕ *Lihat layanan kesehatan mendasar-standar penyakit menular 2.1.1 - 2.1.4 dan layanan kesehatan dasar-standar kesehatan anak-anak 2.2.1 dan 2.2.2.*

Penduduk dengan tingkat kerentanan tinggi, seperti misalnya tingginya prevalensi HIV dan warga dengan keterbatasan gerak dan makanan, mungkin memerlukan adaptasi program yang memenuhi kebutuhan mereka. Hal ini termasuk juga penyesuaian mutu dan jumlah bahan makanan tambahan ⊕ *Lihat standar pemberian makanan bayi dan balita 4.1.*

Standar 2.2. Penanganan kurang gizi:

Gizi buruk akut

Gizi buruk akut ditangani.

Tindakan-tindakan kunci

- 1 Menetapkan strategi, sasaran, dan kriteria yang terdefiniskan secara jelas dan disepakati untuk pengaturan dan pelaksanaan intervensi dari pengaturan luar program.
 - Memasukkan jumlah staf yang memadai dan dengan kapasitas, kepakaran, dan kemampuan yang memadai.
- 2 Memasukkan pasien rawat inap, pasien rawat jalan, pasien rujukan dan komponen pengerahan komunitas dalam pengelolaan gizi buruk akut.
- 3 Menyediakan gizi dan layanan kesehatan berdasarkan pedoman nasional dan internasional untuk pengelolaan gizi buruk akut.
- 4 Menyediakan kriteria pelepasan pasien termasuk juga indikator antropometrik dan lainnya.
- 5 Menyelidiki dan menanggapi penyebab dari kondisi kegagalan dan tidak adanya respons, atau suatu peningkatan kematian.
- 6 Melindungi, mendukung dan mempromosikan pemberian ASI, pemberian makanan pelengkap, promosi hygiene, dan interaksi ibu dan anak yang baik.
 - Memberi informasi yang jelas mengenai pentingnya pemberian ASI Eksklusif untuk anak hingga berusia 6 bulan, dan melanjutkan ASI hingga anak berusia 6 hingga 24 bulan, untuk kesehatan fisik dan psikologis ibu dan anak.



Indikator-indikator kunci

Persentase penduduk sasaran yang dapat mengakses rasio makanan tambahan kering di lokasi dalam jarak 1 hari perjalanan pulang pergi (termasuk waktu untuk perawatan)

- >90 % dari penduduk sasaran

Persentase kasus gizi buruk akut (SAM) dengan akses ke tempat pelayanan perawatan

- >50 % di daerah perdesaan

- >70% di daerah perkotaan
- >90% di tenda resmi

Proporsi pelepasan dari program pemberian makanan tambahan bagi mereka yang meninggal dunia, pulih, maupun gagal

- Meninggal dunia: <10 %
- Pulih: >75 %
- Gagal: <15 %

Catatan-catatan Panduan

Komponen-komponen program: Pasien rawat inap mungkin diberikan secara langsung atau melalui rujukan. Program-program harus menyediakan perawatan pasien rawat jalan secara desentralisasi bagi anak-anak yang tidak memiliki komplikasi. Lokasi program bagi pasien rawat jalan haruslah berdekatan dengan penduduk sasaran, untuk mengurangi risiko dan pembiayaan perjalanan dengan anak-anak kecil dan risiko lebih lanjut untuk pengungsian. ⊕ *Lihat Standar kesehatan anak 2.2.2: penanganan penyakit bayi baru lahir dan masa kanak-kanak*

Kaitkan program dengan pelayanan relevan lainnya, misalnya:

- pemberian makanan tambahan;
- jejaring HIV dan TBC;
- rehabilitasi;
- pelayanan kesehatan dasar; dan
- program ketahanan pangan termasuk juga bantuan pangan dan bantuan berbasis tunai.

Cakupan metodologi penilaian yang digunakan sama untuk program gizi buruk akut dan kurang gizi akut sedang ⊕ *lihat Standar Penanganan kurang gizi: 2.1 kurang gizi akut sedang*

Kriteria pendaftaran haruslah konsisten dengan panduan nasional dan internasional. Kriteria pendaftaran untuk bayi di bawah usia 6 bulan dan kelompok dengan status antropometrik sangat sulit untuk ditentukan, harus memasukkan status klinis dan pemberian ASI ⊕ *lihat Lampiran 4: Pengukuran kurang gizi dan referensi serta bacaan lebih lanjut.*

Warga (dugaan) dengan HIV Positif atau yang memiliki tuberkulosis atau penyakit menahun lainnya tidak boleh mengalami diskriminasi dan harus memiliki akses yang sama terhadap perawatan apabila mereka memenuhi kriteria. Beberapa warga yang tidak memenuhi kriteria antropometrik untuk kurang gizi akut mungkin memperoleh manfaat dari pemberian makanan tambahan. Contohnya warga dengan HIV, tuberkulosis, dan penyakit menahun, orang yang lepas dari perawatan akan tetapi membutuhkan perawatan terapeutik untuk menghindari kambuh, atau orang dengan disabilitas. Sesuaikan sistem pemantauan dan pelaporan ketika warga tidak memenuhi kriteria antropometrik.

Warga dengan HIV yang tidak memenuhi kriteria pendaftaran seringkali membutuhkan bantuan gizi. Bantuan semacam ini baiknya diberikan di luar konteks perawatan gizi buruk akut pada saat krisis. Berikan warga-warga ini dan keluarganya dengan suatu rangkaian layanan, termasuk rawatan berbasis komunitas dan rumah, pusat perawatan tuberkulosis, dan program pencegahan penularan penyakit dari ibu ke anak.

Kriteria pelepasan dan pemulihan: Pelepasan individu haruslah bebas dari komplikasi medis. Sebagai tambahan, mereka mengalami peningkatan selera makan dan mengalami penambahan berat badan yang sesuai tanpa terkait dengan edema akibat kurang gizi (misalnya, dalam dua pengukuran berat badan berturut-turut). Hitung penambahan berat badan rata-rata dilakukan secara terpisah dengan atau tanpa edema akibat kurang gizi. Penting pemberian ASI khususnya bagi bayi di bawah usia 6 bulan, juga bayi berusia 6 hingga 24 bulan. Bayi-bayi yang tidak diberi ASI akan memerlukan tindak lanjut lebih ketat. Patuhi kriteria pelepasan untuk menghindari risiko pelepasan sebelum waktunya.

Pedoman-pedoman komunitas untuk penanganan kurang gizi akut komunitas secara spesifik menyebutkan rentang rata-rata masa perawatan dan bertujuan untuk mempersingkat periode pemulihan. Ikuti panduan nasional yang ada dalam menghitung rata-rata masa perawatan, tergantung pada masing-masing konteks. HIV, tuberkulosis, dan penyakit menahun lainnya berakibat akan kurang gizi warga yang mengalami kegagalan dari perawatan. Bekerjasama dengan pelayanan kesehatan dan pelayanan sosial dan penduduk lainnya dibutuhkan untuk mengidentifikasi pilihan perawatan jangka lebih panjang bagi mereka ⊕ *lihat Pelayanan kesehatan dasar – standar kesehatan reproduksi dan seksual 2.3.3: HIV.*

Indikator-indikator kinerja dalam pelayanan kurang gizi akut buruk: penduduk dari warga yang dilepaskan karena kurang gizi akut dilakukan bagi mereka yang telah sembuh, meninggal dunia, mengalami kegagalan, atau tidak dapat pulih ⊕ *lihat Catatan panduan bagi standar penanganan kurang gizi 2.1: kurang gizi akut sedang.*

Indikator-indikator kinerja dalam pengelolaan gizi buruk akut harus dikombinasikan dengan hasil rawat inap dan rawat jalan tanpa perhitungan ganda bagi mereka yang dipindahkan ke lokasi perawatan lainnya. Ketika hal ini tidak memungkinkan, sesuaikan interpretasi tingkat hasil. Misalnya, program harus mengharapkan kinerja lebih baik apabila hanya menangani pasien rawat jalan. Apabila hanya menyediakan rawat inap, program haruslah dapat menunjukkan kombinasi perawatan.

Warga yang dirujuk ke pelayanan lainnya, seperti misalnya pelayanan kesehatan, tidak mengakhiri perawatannya. Saat menilai kinerja perawatan pasien rawat jalan, laporkan rujukan ke perawatan inap untuk secara akurat untuk menggambarkan kinerja program.

Indikator-indikator kinerja tidak mencakup faktor kerumitan klinis HIV. Kerumitan klinis HIV akan berdampak terhadap tingkat kematian. Dalam situasi ini, interpretasi dari kinerja program haruslah mempertimbangkan situasi ini.

Sebagai tambahan terhadap indikator pelepasan, tinjauan terhadap data terpilah dari pasien baru (jenis kelamin, usia, disabilitas), jumlah anak dalam perawatan dan rata-rata cakupan ketika memantau kinerja. Penyelidikan dan pencatatan perbandingan dan penyebab dari perawatan kembali, memburuknya status klinis, kegagalan dan munculnya kembali kondisi kurang gizi dalam situasi yang berjalan. Adaptasi definisi terhadap hal ini ke dalam pedoman yang digunakan.

Masukan kesehatan: Program gizi buruk akut haruslah mencakup perawatan sistemik berdasarkan panduan nasional dan internasional. Merupakan hal yang mendasar untuk memasukkan mereka dalam mekanisme rujukan secara efektif dalam penanganan penyebab sakit seperti HIV dan tuberkulosis. Di wilayah berprevalensi HIV tinggi, program kurang gizi harus mempertimbangkan penghindaran penularan HIV dan untuk mendukung ketahanan hidup ibu dan anak. Dalam situasi infeksi HIV yang umum (prevalensi HIV >1%), uji anak-anak kurang gizi untuk menentukan status HIV mereka dan menentukan kebutuhan mereka untuk pengobatan anti retroviral.



Dukungan pemberian ASI: Ibu dari pasien bayi yang dirawat perlu dukungan pemberian ASI yang terampil sebagai bagian dari rehabilitasi gizi dan pemulihan. Hal ini penting khususnya bagi anak-anak berusia di bawah 6 bulan dan untuk para ibu dengan disabilitas. Berikan waktu dan sumber-sumber yang memadai, seperti sebuah ruangan khusus menyusui, menyasar dukungan terampil dan memungkinkan dukungan sebaya. Ibu menyusui ASI dengan bayi gizi buruk di bawah usia 6 bulan harus menerima bantuan makanan tanpa mengindahkan status gizi mereka. Ketika para ibu ini memenuhi kriteria antropometrik untuk gizi buruk akut, masukkan mereka untuk perawatan.

Dukungan psikososial: dorongan emosi dan fisik melalui bermain, penting dalam periode rehabilitasi untuk anak-anak dengan gizi buruk akut. Hal ini mempromosikan keterikatan dan suasana hati positif ibu. Pengasuh anak-anak dengan kondisi seperti ini sering memerlukan dukungan sosial dan psikososial untuk membawa anak-anak mereka dalam perawatan. Beberapa ibu juga memerlukan dukungan akses ke layanan rawatan kesehatan mental karena depresi setelah melahirkan. Ini dapat dicapai melalui program penerangan. Program harus menekankan pentingnya rangsangan dan interaksi dalam merawat dan mencegah disabilitas di masa depan dan penurunan kognitif pada anak. Mampukan semua pengasuh anak-anak yang mengalami gizi buruk untuk memberikan makanan dan merawat anak-anak mereka selama perawatan; memberikan saran, demonstrasi dan informasi kesehatan dan gizi. Perhatikan dampak perawatan bagi pengasuh dan saudara kandung anak-anak yang dirawat untuk memastikan pengaturan rawatan anak yang memadai, menghindari pemisahan keluarga, meminimalisasi tekanan psikososial dan memaksimalkan potensi kepatuhan perawatan.

Keterkaitan dengan pelaku lainnya: Koordinasi dengan mitra-mitra perlindungan anak dan kekerasan berbasis gender untuk membentuk alur rujukan dan protokol pemberian informasi. Latih staf gizi cara memberikan rujukan suportif dan rahasia kepada para pengasuh bagi anak-anak yang terpapar kekerasan fisik, seksual atau emosional, eksploitasi dan penyalahgunaan.

3. Kekurangan Zat Gizi Mikro

Kekurangan zat gizi mikro adalah suatu hambatan pembangunan sosio-ekonomi banyak negara. Dampaknya besar terhadap kesehatan warga, kemampuan belajar dan produktivitas. Kekurangan ini memberikan sumbangan terhadap lingkaran setan kurang gizi, kurang berkembang dan kemiskinan, yang mengenai kelompok-kelompok yang sudah kurang mampu.

Kekurangan zat gizi mikro sulit untuk diidentifikasi pada banyak situasi. Sementara tanda-tanda klinik kekurangan berat mungkin mudah didiagnosa, beban lebih besar terhadap kesehatan dan penduduk yang bertahan hidup mungkin mengalami kekurangan zat gizi mikro sub-klinik. Anggaplah bahwa suatu krisis akan membuat buruknya kekurangan zat gizi apapun dari suatu penduduk. Tangani kekurangan zat gizi mikro ini menggunakan intervensi penduduk secara luas dan penatalaksanaan perorangan.

Ada tiga pendekatan untuk mengendalikan kekurangan zat gizi mikro:

- **Penambahan** (suplementasi): pemberian zat gizi mikro dalam bentuk yang sangat mudah diserap biasanya menghasilkan pengendalian tercepat status zat gizi mikro perorangan atau penduduk sasaran.
- **Penguatan** (fortifikasi): Menguatkan produk pangan dengan zat gizi mikro dapat merupakan strategi tepat guna untuk pengendalian kekurangan zat gizi mikro. Contohnya meliputi garam beryodium, bubuk zat gizi mikro atau vitamin A memperkaya minyak sayuran.
- **Pendekatan berbasis pangan:** vitamin-vitamin dan mineral-mineral diperlukan untuk mencegah kekurangan zat gizi mikro dalam beragam pangan. Kebijakan dan program harus memastikan perbaikan konsumsi setahun suatu variasi memadai, jumlah dan mutu keamanan, pangan yang kaya zat gizi mikro.

Sementara semua tiga pendekatan digunakan selama krisis-krisis, yang paling sering dan luas digunakan adalah penambahan zat gizi mikro.

Standar 3.1 Kekurangan Zat Gizi Mikro: Kekurangan zat gizi mikro diperbaiki



Tindakan-tindakan kunci

- 1 Mengumpulkan informasi mengenai situasi sebelum krisis untuk menentukan kekurangan zat gizi mikro yang paling umum.
- 2 Melatih staf Kesehatan dalam mengidentifikasi dan menatalaksanakan kekurangan zat gizi mikro.
- 4 Membuat tatalaksana untuk menanggapi risiko kekurangan zat gizi mikro.
- 5 Mengaitkan respons kekurangan zat gizi mikro dengan respons kesehatan masyarakat untuk mengurangi penyakit-penyakit yang biasa terkait dengan krisis, misalnya kekurangan vitamin A untuk menangani campak dan mineral seng untuk menangani diare.

Indikator-indikator kunci

Tidak ada kasus *scurvy* (*skorbut*, kekurangan vitamin C), *pellagra* (penyakit kulit akibat kekurangan Vitamin B3), *beri-beri* atau kekurangan riboflavin (vitamin B2)

- ⊕ Lihat Lampiran 5: Ukuran arti kekurangan zat gizi mikro bagi kesehatan masyarakat dari sesuai kelompok umur dan seluruh penduduk
- Gunakan indikator nasional atau sesuai dengan konteks bila ada.

Tingkat *xerophthalmia* (kekurangan vitamin A), anemia dan defisiensi yodium tidak bermakna bagi kesehatan masyarakat.

- ⊕ Lihat Lampiran 5: Ukuran arti kekurangan zat gizi mikro bagi kesehatan masyarakat dari sesuai kelompok umur dan seluruh penduduk
- Gunakan indikator nasional atau sesuai dengan konteks bila ada.

Catatan-catatan Panduan

Mendiagnosis kekurangan zat gizi mikro klinis: kekurangan zat gizi mikro klinis harus selalu dapat didiagnosis oleh staf medik yang memenuhi syarat. Ketika indikator klinis kekurangan-kekurangan zat gizi mikro ini dipadukan ke dalam sistem pengawasan kesehatan atau gizi, latihlah staf untuk melakukan penilaian dasar dan rujuk sepiantasnya. Definisi kasus merupakan masalah; dalam situasi krisis, tentukanlah melalui responnya terhadap penambahan (suplementasi).

Kekurangan zat gizi mikro sub-klinis: adalah mereka yang tidak cukup berat untuk memunculkan gejala-gejala yang dapat diidentifikasi. Meskidemikian, kekurangan ini dapat memberikan dampak hasil kesehatan yang buruk. Pengidentifikasian mensyaratkan pengujian biokimiawi khusus. Suatu pengecualian adalah anemi (kurang darah), yang dengan suatu uji dasar tersedia dan mudah dilakukan di lapangan.

Indikator-indikator tidak langsung dapat digunakan untuk menilai risiko kekurangan zat gizi mikro dan menentukan kapan penambahan (suplementasi) atau suatu asupan diet diperbaiki mungkin diperlukan. Penilaian tidak langsung melibatkan peramalan asupan gizi pada tingkat penduduk dan mengekstrapolasi risiko kekurangan zat gizi mikro. Untuk melakukan hal ini, tinjaulah data yang tersedia mengenai akses pangan, ketersediaan dan penggunaan, dan kecukupan nilai perbandingan (ratio) pangan.

Pencegahan: Strategi pencegahan kekurangan zat gizi mikro disampaikan pada bagian 6 di bawah. (⊕ Standar 6.1 Standar Bantuan Pangan: Kebutuhan Gizi Umum). Pengendalian penyakit krisis dalam pencegahan kekurangan zat gizi mikro. Infeksi saluran napas akut, campak, infeksi-infeksi parasit seperti malaria, dan diare adalah contoh-contoh penyakit yang menguras cadangan zat gizi mikro. Kesiapsiagaan untuk pengobatan akan meliputi pengembangan definisi kasus dan pedoman penatalaksanaan, dan sistem untuk penemuan kasus secara aktif. ⊕ Lihat Standar 2.2.1 dan 2.2.2 Layanan Kesehatan Dasar - Kesehatan Anak.

Penatalaksanaan kekurangan zat gizi mikro: Penemuan kasus dan penatalaksanaan harus terjadi dalam sistem kesehatan dan dalam program pemberian makanan. Bila tingkat kekurangan gizi zat mikro melampaui ambang batas Kesehatan masyarakat, penatalaksanaan seluruh penduduk dengan penambahan (suplemen) mungkin tepat. *Scurvy* (kekurangan vitamin C), *pellagra* (kekurangan niacin/ Vitamin B3), *beriberi* (kekurangan thiamin/vitamin B2) dan *ariboflavinosis* (kekurangan riboflavin) adalah paling

umum diamati sebagai penyakit akibat kekurangan zat gizi mikro. ⊕ **Lihat Lampiran 5:** Ukuran arti kekurangan zat gizi mikro bagi Kesehatan masyarakat.

Upaya kesehatan masyarakat untuk mengendalikan kekurangan zat gizi mikro meliputi:

- pemberian tambahan (suplemen) vitamin A pada imunisasi anak berusia 6-59 bulan;
- pemberantasan cacing pada semua anak berusia 12-59 bulan;
- menambahkan garam beryodium dan komoditas penguatan (fortifikasi) lain seperti Vitamin A dan D pada minyak sayuran dalam keranjang makanan (*food basket*) dan pemberian bubuk zat gizi mikro atau tambahan minyak yang diberi yodium;
- pemberian besi yang mengandung produk beragam zat gizi mikro untuk anak berusia 6-59 bulan;
- pemberian setiap hari zat besi mengandung tambahan beragam zat gizi mikro termasuk asam folat untuk perempuan hamil dan menyusui.

Ketika produk beragam zat gizi mikro mengandung besi tidak tersedia, berikan setiap hari tambahan zat besi dan asam folat untuk perempuan hamil dan mereka yang baru melahirkan dalam jangka 45 hari.

Gunakan indikator tidak langsung yang terpilah jenis kelaminnya untuk menilai risiko kekurangan zat gizi mikro terhadap penduduk terdampak dan tentukan kebutuhan untuk memperbaiki asupan diet atau penggunaan tambahan (suplementasi). Sebagai contoh, indikator tidak langsung untuk kekurangan vitamin A ialah berat bayi lahir rendah, kurus (*wasting*) atau kerdil (*stunting*). ⊕ Lihat Standar 1.2 Penilaian Ketahanan Pangan dan Gizi: Penilaian Gizi.



4. Pemberian makan bayi dan anak kecil

Dukungan pemberian makanan bayi dan anak kecil yang cocok dan tepat waktu pada masa kedaruratan (IYCF-E) menyelamatkan jiwa dan melindungi gizi, kesehatan dan perkembangan anak-anak. Praktik pemberian makanan pada bayi dan anak-anak kecil yang tidak tepat meningkatkan kerentanan terhadap kurang gizi, penyakit dan kematian, serta merusak kesehatan ibu. Krisis meningkatkan beberapa risiko tersebut. Beberapa bayi dan anak-anak kecil secara khusus rawan, yaitu:

- bayi berat lahir rendah;
- anak-anak terpisah dari keluarga dan tidak didampingi;
- bayi dan anak-anak dari ibu yang menderita depresi;
- anak-anak di bawah dua tahun yang tidak diberi air susu ibu;
- bayi dan anak-anak dari penduduk dengan prevalensi HIV yang sedang atau tinggi;
- anak-anak dengan disabilitas, khususnya yang mengalami kesulitan makan; dan
- bayi dan anak-anak kecil dengan kurang gizi akut, pendek (stunting) atau kekurangan zat gizi mikro.

Pemberian makanan bayi dan anak kecil pada situasi darurat (ICYF-E) menasar tindakan dan intervensi untuk melindungi dan mendukung kebutuhan gizi bayi-bayi dan anak-anak kecil yang diberi air susu ibu dan yang tidak diberi ASI berusia 0-23 bulan. Prioritas intervensi meliputi:

- perlindungan dan dukungan pemberian air susu ibu (ASI);
- pemberian makanan pelengkap yang cocok dan aman; dan
- manajemen pemberian makanan buatan untuk bayi yang tidak memiliki kemungkinan diberi ASI.

Dukungan terhadap perempuan hamil dan menyusui adalah pusat kesejahteraan anak-anaknya. "Pemberian ASI Eksklusif" berarti seorang bayi menerima ASI, bukan cairan lain, dan tidak ada bahan padat kecuali perlu untuk tambahan zat gizi mikro atau obat-obatan. Ini menjamin keamanan makanan dan cairan untuk bayi untuk 6 bulan pertama dan memberikan perlindungan kekebalan tubuh aktif. Pemberian ASI memastikan perkembangan otak yang optimal dan lanjutannya melindungi kesehatan bayi yang lebih tua dan anak-anak, khususnya dalam situasi bila kondisi WASH tidak ada. Pemberian ASI juga melindungi kematian ibu dengan menunda menstruasi dan melindungi dari kanker payudara. Ini juga mempromosikan kesejahteraan psikologis dengan menguatkan kelekatan dan tanggungjawab.

Tindakan-tindakan kunci pada bagian ini mengungkapkan pedoman operasional terhadap pemberian makanan bayi dan anak-anak kecil dalam situasi darurat. Pedoman operasional ini merupakan hasil suatu kelompok kerja antar lembaga yang tujuannya adalah memberikan pedoman singkat dan praktis tentang cara pemberian makanan yang tepat untuk bayi dan anak-anak kecil dalam situasi darurat (IYCF-E) dan berdasarkan pada Kode Internasional tentang Pemasaran Pengganti Air Susu Ibu. (kode pemasaran).

Standar 4.1 Pemberian makanan pada bayi dan anak kecil : Pedoman kebijakan dan koordinasi

Pedoman kebijakan dan koordinasi memastikan pemberian makanan bayi dan anak-anak kecil yang aman, pada waktunya dan cocok.

Tindakan-tindakan kunci

- 1 ▢ Membentuk suatu koordinasi yang berwenang dalam pemberian makanan bayi dan anak-anak kecil saat masa darurat dalam mekanisme koordinasi krisis dan memastikan kerjasama lintas sektor.
 - Mengasumsikan pemerintah adalah pihak berwenang dalam koordinasi bila mungkin.
- 2 ▢ Menggunakan spesifikasi pedoman operasional dalam pedoman kebijakan organisasi nasional dan kemanusiaan dalam kesiapsiagaan.
 - Mengembangkan panduan dan suatu pernyataan bersama antar pihak berwenang nasional bila tidak ada kebijakan.
 - Menguatkan kebijakan nasional yang relevan bila mungkin.
- 3 ▢ Mendukung komunikasi kuat, selaras dan pada waktunya mengenai pemberian makanan pada bayi dan anak-anak kecil pada masa darurat pada setiap tingkat respons.
 - Menginformasikan organisasi kemanusiaan, donor dan media sesegera mungkin mengenai setiap kebijakan pemberian makanan bayi dan anak-anak kecil pada masa darurat dan praktik-praktik yang ada di tempat.
 - Mengomunikasikan dengan warga terdampak mengenai layanan yang tersedia, praktik-praktik pemberian makanan bayi dan anak-anak kecil pada masa darurat serta mekanisme umpan balik.
- 4 ▢ Menghindari penerimaan atau permintaan bantuan pengganti ASI, atau produk cairan susu lainnya, botol minum atau dot.
 - Sumbangan yang tiba harus dikelola oleh pihak berwenang yang ditunjuk, sesuai dengan pedoman operasional dan Kode Internasional tentang Pemasaran Pengganti ASI.
 - Memastikan penargetan dan penggunaan yang ketat, penyediaan, manajemen dan penyebaran pengganti ASI. Ini harus berdasarkan kebutuhan dan penilaian risiko, analisis data dan pedoman teknis.



Indikator-indikator kunci

Persentase kebijakan pemberian makanan pada bayi dan anak kecil pada situasi darurat yang mencerminkan spesifikasi pedoman operasional.

Tidak ada pelanggaran Kode Pemasaran yang dilanggar.

Persentase pelanggaran kode, sumbangan pengganti ASI, produk cairan susu, botol dan dot yang ditangani tepat waktu.

Catatan-catatan Panduan

Komunikasi dengan warga terdampak, petugas repons dan media: Komunikasikan mengenai layanan yang ada dan praktik-praktik pemberian makanan bayi dan anak kecil pada masa darurat yang sehat akan memerlukan pesan-pesan yang diadaptasi untuk kelompok berbeda yang memberikan bantuan dan untuk masyarakat. Pertimbangkan kebutuhan dukungan pengasuh yang merupakan kakek nenek, orangtua tunggal, rumah tangga yang dikepalai oleh anak atau saudara juga pengasuh dengan disabilitas dan warga hidup dengan HIV ketika membuat pesan-pesan.

Kode Internasional Pemasaran Pengganti ASI (Kode Pemasaran): Kode Pemasaran melindungi bayi-bayi yang diberi makanan buatan dengan memastikan penggunaan aman air susu buatan. Ini berdasarkan pada informasi yang imparial dan akurat serta diterapkan dalam semua situasi. Hal ini harus dimasukkan ke dalam perundang-undangan selama fase kesiapsiagaan dan ditegakkan selama respons krisis. Dalam ketiadaan perundang-undangan nasional, laksanakan Kode Pemasaran sebagai yang minimum.

Kode Pemasaran tidak membatasi ketersediaan atau melarang penggunaan pengganti ASI, botol dan dot. Kode pemasaran hanya membatasi pemasarannya, penyediaan dan penyebaran. Pelanggaran kode yang umumnya terjadi dalam krisis berasal dari isu pelabelan dan penyebaran yang tidak disasar. Selama krisis, pantau dan laporkan pelanggaran Kode Pemasaran kepada UNICEF, WHO dan pemerintah daerah.

Gunakan indikator standar bila ada dan kembangkan indikator khusus sesuai situasi bila tidak cocok. Tetapkan tolok ukur pemberian makanan pada bayi dan anak kecil pada masa darurat dengan menentukan kemajuan dan capaian, pertimbangkan jangka waktu intervensi. Dorong penggunaan indikator IYCF-E secara konsisten kepada mitra-mitra pelaksana dan dalam penyelidikan. Ulangi penilaian-penilaian atau bagian dari suatu penilaian awal sebagai bagian pemantauan intervensi IYCF-E. Gunakan penyelidikan tahunan untuk menentukan dampak intervensi-intervensi ini.

Pemberian makanan buatan: Semua pengganti ASI harus memenuhi Codex Alimentarius dan Kode Pemasaran. Akses terhadap layanan WASH yang memadai penting untuk mengurangi risiko pemberian makanan buatan pada situasi darurat. Sistem penyebaran pengganti ASI akan tergantung pada situasi, termasuk luasnya intervensi. Jangan masukkan formula bayi dan pengganti ASI lainnya dalam penyebaran makanan umum atau khusus. Jangan sebar produk susu bubuk cair dan susu cair sebagai komoditas tunggal. Tanda-tanda dan manajemen pemberian makanan buatan harus sesuai dengan Pedoman Operasional dan Kode Pemasaran, di bawah bimbingan pihak berwenang yang ditunjuk untuk pemberian makanan bayi dan anak kecil dalam situasi darurat.

Standar 4.2 Pemberian makanan bayi dan anak kecil: Dukungan multisektor terhadap pemberian makanan bayi dan anak kecil dalam situasi darurat

Ibu dan pengasuh bayi dan anak kecil memiliki akses yang tepat waktu dan dukungan pemberian makanan yang cocok yang mengurangi risiko-risiko, yang peka budaya dan mengoptimalkan dampak gizi, kesehatan dan daya tahan hidup.

Tindakan-tindakan kunci

- 1 Memprioritaskan perempuan hamil dan menyusui terhadap akses terhadap pangan, tunai atau kupon transfer serta intervensi dukungan lainnya.

- 2) Memberikan akses terhadap konseling menyusui yang terampil kepada ibu hamil dan menyusui.
- 3) Menyasar ibu semua bayi baru lahir dengan dukungan untuk memulai pemberian ASI dini dan eksklusif.
 - Memberikan panduan sederhana untuk pemberian ASI eksklusif dalam layanan ibu.
 - Melindungi, mempromosikan dan mendukung pemberian ASI eksklusif pada bayi berusia 0-5 bulan, dan meneruskan pemberian ASI pada anak berusia 6 bulan sampai 2 tahun.
 - Bila pemberian ASI campuran dipraktikkan pada bayi berusia 0-5 bulan, dukung peralihan ke pemberian ASI eksklusif.
- 4) Memberikan pengganti ASI yang cocok, peralatan pemberian makan dan dukungan berkumpul untuk para ibu dan pengasuh yang bayi-bayinya memerlukan makanan buatan.
 - Menggali keamanan dan kelangsungan hidup pemberian ASI ulang dan menyusui basah apabila bayi-bayi tidak diberi ASI oleh ibu-ibunya. Pertimbangkan situasi budaya dan ketersediaan layanan dalam situasi seperti itu.
 - Ketika pengganti ASI hanya pilihan yang mungkin diterima, masukkan suatu paket dukungan penting dengan peralatan masak dan pemberian makanan, dukungan WASH dan akses ke layanan Kesehatan.
- 5) Mendukung pada saat yang tepat, aman, memadai dan cocok dukungan makanan pelengkap.
 - Menilai pangan rumah tangga, menilai apakah mereka cocok sebagai makanan pelengkap untuk anak dan berikan saran sesuai situasi khusus dan dukung pemberian makanan pelengkap.
 - Memastikan akses ke peralatan makan dan pasokan memasak, dengan mempertimbangkan anak dengan kesulitan makan.
- 6) Memberikan dukungan pemberian makan secara khusus terhadap bayi-bayi rentan dan anak-anak kecil
 - Mendukung kegiatan rangsangan bayi dan praktik-praktik rawatan pengembangan anak dini dalam program gizi.
- 7) Memberikan tambahan zat gizi mikro bila perlu.
 - Memberikan tambahan harian kepada perempuan hamil dan menyusui termasuk satu setiap hari kebutuhan untuk zat gizi mikro lengkap untuk melindungi cadangan ibu dan isi ASI, apabila perempuan menerima bahan diperkaya (fortifikasi) atau tidak.
 - Melanjutkan pemberian besi dan asam folat bila sudah diberikan.



Indikator-indikator kunci

Persentase ibu menyusui yang memiliki akses ke konseling terampil.

Persentase pengasuh yang memiliki akses ke pasokan yang memenuhi Kode Pemasaran yang tepat sebagai pengganti ASI yang cocok dan dukungan berkumpul untuk bayi-bayi yang memerlukan pemberian makanan buatan.

Persentase pengasuh yang memiliki akses ke makanan pelengkap tepat waktu, tepat, memadai gizinya dan aman untuk anak berusia 6 sampai 23 bulan

Catatan-catatan Panduan

Penilaian dan pemantauan IYCF-E: Nilai kebutuhan dan prioritas-prioritas untuk respons IYCF-E dan pantau dampak intervensi IYCF-E. ⊕ Lihat Standar 1.2 Penilaian Ketahanan Pangan dan Gizi: Penilaian Gizi.

Kerjasama multi-sektor: Pintu masuk sektor identifikasi dan mendukung IYCF-E termasuk:

- layanan sebelum dan sesudah persalinan;
- tempat imunisasi;
- perkembangan dini anak-anak;
- layanan pengobatan HIV (termasuk pencegahan penularan ibu ke anak);
- penatalaksanaan kurang gizi akut;
- kesehatan komunitas; Kesehatan jiwa dan dukungan psikososial;
- layanan WASH
- tempat bekerja; dan
- pekerja penyuluhan pertanian.

Kelompok-kelompok sasaran: Semua penilaian dan data program untuk anak di bawah lima tahun harus dipilah berdasarkan jenis kelamin dan usia 0-5 bulan, 6-11 bulan, 12-23 bulan, dan 24-59 bulan. Pemilahan data berdasarkan disabilitas direkomendasikan dari usia 24 bulan.

Identifikasi dan membentuk layanan untuk pemberian gizi dan rawatan kebutuhan anak-anak dengan disabilitas, bayi dan anak-anak kecil yang terpisah dan tidak didampingi keluarga. Rujuk anak yang terpisah dan tidak didampingi keluarga ke mitra perlindungan anak. Identifikasi perbandingan perempuan hamil dan menyusui.

Pertimbangkan penduduk dengan prevalensi HIV sedang atau tinggi, anak terpisah dan tidak didampingi keluarga, bayi berat lahir rendah, anak dengan disabilitas dan dengan kesulitan makan, anak di bawah dua tahun tanpa pemberian ASI dan anak yang kurang gizi akut. Sadari bahwa anak dari ibu yang depresi cenderung mengalami risiko kurang gizi lebih tinggi.

Perempuan hamil dan menyusui: Ketika kebutuhan pangan, atau tunai atau program bantuan kupon terhadap perempuan hamil dan menyusui tidak terpenuhi, maka sasar perempuan hamil dan menyusui dengan makanan fortifikasi. Beri tambahan zat gizi mikro sesuai dengan rekomendasi WHO.

Organisasikan dukungan psikososial untuk ibu-ibu yang mengalami kesulitan, termasuk rujukan ke layanan kesehatan jiwa bila diperlukan. Atur dukungan yang tepat untuk ibu dengan disabilitas. Buat tempat aman di kamp dan situasi berkumpul lainnya untuk perempuan untuk menyusui seperti ruang ramah bayi dengan wilayah menyusui eksklusif.

Bayi-bayi yang disusui ASI: Perencanaan dan alokasi sumber harus memungkinkan dukungan menyusui yang terampil dalam situasi sulit. Ini dapat termasuk untuk bayi usia 0-6 bulan yang kurang gizi akut, penduduk yang terbiasa dengan menyusui campur (tidak eksklusif), dan pemberian makan bayi dalam situasi HIV.

Bayi-bayi yang tidak disusui ASI: Pada semua krisis, melindungi bayi dan anak-anak kecil yang tidak disusui ASI dan mendukung mereka untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan gizinya. Akibat tidak disusui ASI beragam sesuai usia anak. Anak-anak yang lebih muda yang paling rentan terhadap penyakit-penyakit infeksi. Mereka tergantung pada

akses terhadap pasokan-pasokan yang terjamin pengganti ASI yang tepat, bahan bakar, peralatan dan kondisi WASH.

Susu Formula Bayi dan Pengganti ASI Lain: susu formula bayi adalah pengganti ASI yang tepat untuk bayi berusia 0-5 bulan. Beri pilihan untuk susu formula bayi yang siap digunakan dalam bentuk cair, karena bila dalam bentuk cair tidak memerlukan persiapan dan lebih sedikit risiko keamanan daripada susu formula bayi dalam bentuk bubuk.

Gunakan tepat, simpan secara hati-hati dan higiene alat pemberian makan adalah penting untuk susu formula bayi siap pakai. Susu formula bayi siap minum berukuran besar oleh karena itu lebih mahal pengiriman dan penyimpanannya. Pada anak di atas 6 bulan, gunakan susu cair alternatif. Susu alternatif termasuk susu *full cream* yang dipasteurisasi dari seekor sapi, kambing, domba, unta atau kerbau; susu cair yang dipanaskan dengan suhu sangat tinggi; susu cair diragikan atau yogurt.

Gunakan susu formula bayi pada anak di atas 6 bulan akan tergantung dari praktik sebelum krisis, sumber-sumber yang tersedia, sumber alternatif susu cair, memadainya makanan pelengkap dan kebijakan organisasi kemanusiaan. Indikator untuk menggunakan pengganti ASI dapat jangka pendek atau jangka panjang. Selanjutnya berkembangnya susu cair dan susu cair anak-anak dipasarkan untuk anak di atas 6 bulan tidak penting.

Seorang pekerja kesehatan atau gizi yang memenuhi syarat dapat menentukan kebutuhan untuk susu formula bayi melalui penilaian perorangan, tindak lanjut dan dukungan. Bila penilaian perorangan tidak memungkinkan, konsultasikan dengan pihak berwenang dan organisasi kemanusiaan teknis untuk saran mengenai penilaian dan kriteria sasaran. Berikan susu formula bayi sampai anak disusui ASI atau sekurang-kurangnya 6 bulan. Ketika memberikan pengganti ASI ke anak yang memerlukannya, jangan secara tidak sengaja mendorong ibu yang menyusui menggunakannya juga.

Jangan gunakan botol minum; ini sulit dibersihkan. Dorong dan dukung pemberian makan menggunakan cangkir.

Teruskan pengawasan kesakitan pada tingkat perorangan dan penduduk, dengan perhatian khusus terhadap diare.

Makanan pelengkap: adalah suatu proses yang dimulai saat ASI saja tidak memadai memenuhi kebutuhan gizi bayi dan makan-makanan lain dan cairan-cairan yang diperlukan selama masa pemberian ASI. Makanan dan cairan pelengkap produk yang dibuat pabrik atau disiapkan setempat, harus diberikan kepada anak-anak berusia 6-23 bulan.

Kesenjangan gizi dan yang ada adalah kunci penentuan pilihan dukungan makanan pelengkap. Pertimbangan lain termasuk keterjangkauan dan ketersediaan diet gizi, musim pasokan pangan dan akses ke makanan pelengkap tersedia setempat dengan mutu yang bagus. Pilihan respons makanan pelengkap meliputi:

- bantuan tunai untuk membeli makanan fortifikasi dan kaya gizi yang tersedia setempat;
- menyebarkan makanan rumah tangga yang kaya gizi atau makanan fortifikasi;
- memberikan makanan fortifikasi dengan beragam zat gizi mikro untuk anak-anak berusia 6-23 bulan;
- fortifikasi rumah dengan tambahan zat gizi mikro seperti bubuk zat gizi mikro atau tambahan-tambahan lain;
- program mata pencaharian; dan



- program jejaring pengaman sosial.

Pertimbangkan pelatihan atau pesan bersama bantuan tunai, untuk memastikan penduduk terdampak memahami penggunaan optimal bantuan tunai untuk berdampak pada status gizi.

Penambahan zat gizi mikro: anak-anak berusia 6-59 bulan tidak menerima makanan fortifikasi yang mungkin memerlukan tambahan beragam zat gizi mikro untuk memenuhi kebutuhan gizinya. Tambahkan vitamin A direkomendasikan. Pada wilayah endemik malaria, berikan zat besi dalam semua bentuk, termasuk bubuk zat gizi mikro, dan selalu dalam gabungan dengan diagnosis, pencegahan dan strategi penatalaksanaan malaria. Berikan besi dan asam folat atau tambahan beragam zat gizi mikro untuk perempuan hamil dan menyusui, sesuai dengan panduan terakhir.

HIV dan pemberian makan bayi: Ibu-ibu yang hidup dengan HIV harus dapat didukung untuk menyusui sekurang-kurangnya 12 bulan hingga 24 bulan atau lebih panjang sambil tetap menerima terapi anti retroviral. Ketika obat-obatan anti retroviral tidak tersedia, pilih strategi yang memberikan bayi-bayi kesempatan terbesar bertahan bebas HIV. Hal ini menyeimbangkan risiko-risiko penularan HIV melawan penyebab kematian anak non-HIV. Dukung ibu-ibu dan pengasuh. Prioritaskan akses yang dipacu terhadap obat-obatan anti retroviral. ⊕ Lihat Standar 2.3.3 Layanan Kesehatan Dasar - Kesehatan Seksual dan Reproduksi: HIV.

Konseling ibu-ibu menyusui yang tidak terinfeksi HIV dan perawat, dan mereka yang status HIVnya tidak diketahui, untuk menyusui ASI secara eksklusif untuk enam bulan pertama kehidupan bayi. Setelah itu kenalkan makanan pelengkap sementara menruskan pemberian ASI sampai anak berusia 24 bulan atau lebih. Bayi sudah disiapkan penggantian makanan sesuai pengidentifikasi dan dukungan yang mendesak.

Konsultasikan kebijakan nasional dan subnasional dan nilai apakah mereka selaras dengan rekomendasi WHO terakhir. Tentukan apakah mereka tepat dalam situasi krisis baru, pertimbangkan perubahan paparan risiko terhadap penyakit infeksi non-HIV, lamanya kedaruratan, apakah penggantian makanan mungkin dan tersedianya obat-obatan anti retroviral. Mutakhirkan panduan sementara yang mungkin perlu dinyatakan dan dikomunikasikan kepada ibu-ibu dan para pengasuh.

Kekerasan berbasis gender, perlindungan anak dan gizi: Kekerasan berbasis gender, ketidaksetaraan gender dan gizi sering saling berhubungan. Kekerasan domestik dapat memberikan suatu ancaman kesehatan dan kesejahteraan perempuan dan anak-anak mereka. Staf gizi harus memberikan rujukan dukungan dan kerahasiaan kepada para pengasuh atau anak-anak yang terpapar kekerasan berbasis gender atau penyalahgunaan anak. Bagian lain yang dipadukan meliputi konseling, bekerja untuk membentuk tempat perawatan yang ramah ibu dan anak, dan pemantauan teratur tingkat kekerasan berbasis gender dan kegagalan merespons pengobatan. Pertimbangkan pelibatan pekerja kasus spesialis kekerasan berbasis gender dan perlindungan anak sebagai bagian dari staf gizi. ⊕ Lihat Prinsip-prinsip Perlindungan 3 dan 4.

Kedaruratan Kesehatan Masyarakat: Dalam krisis kesehatan masyarakat, ambil langkah untuk mencegah setiap gangguan terhadap akses layanan kesehatan dan dukungan pemberian makanan, memastikan kelanjutan ketahanan pangan rumah tangga dan mata pencarian, dan untuk mengurangi risiko penularan penyakit melalui menyusui, juga mengurangi kesakitan dan kematian ibu. Rujuk ke pedoman WHO bila diperlukan untuk kolera, Ebola dan pedoman virus Zika.

5. Ketahanan Pangan

Ketahanan pangan sepenuhnya terjadi bila semua warga memiliki akses fisik dan ekonomi terhadap pangan secara memadai, aman dan bergizi yang memenuhi kebutuhan gizi dan pilihan pangannya untuk suatu hidup yang aktif dan sehat.

Ketahanan pangan dipengaruhi oleh faktor-faktor ekonomi makro, sosio-politik dan lingkungan. Kebijakan nasional dan internasional, proses atau lembaga dapat berdampak terhadap akses warga terdampak terhadap pangan yang memadai gizinya. Kerusakan lingkungan setempat dan meningkatnya keragaman dan cuaca ekstrim yang disebabkan oleh perubahan iklim juga berdampak terhadap ketahanan pangan.

Dalam suatu krisis kemanusiaan, respons ketahanan pangan harus bertujuan untuk memenuhi kebutuhan jangka pendek dan mengurangi kebutuhan penduduk terdampak untuk mengadopsi pilihan strategi bertahan hidup yang berpotensi merusak. Dari waktu-waktu ke waktu, respons harus melindungi dan memulihkan mata pencarian, menstabilkan atau menciptakan peluang kerja dan menyumbang pemulihan ketahanan pangan jangka panjang. Ketahanan pangan harus tidak memiliki dampak buruk terhadap sumber-sumber alam dan lingkungan.

Kerawanan pangan rumah tangga adalah satu dari empat akar penyebab kurang gizi, bersama dengan pemberian makan dan praktik rawatan yang buruk, lingkungan rumah tangga yang tidak sehat dan layanan kesehatan yang tidak memadai.

Standar dalam bagian ini mempertimbangkan sumber-sumber untuk memenuhi kebutuhan pangan penduduk secara umum dan warga yang meningkatkan risiko gizi, seperti anak-anak di bawah usia lima tahun, warga hidup dengan HIV atau AIDS, lanjut usia, warga dengan penyakit menahun dan penyandang disabilitas.

Respons bertujuan untuk menangani kurang gizi akan memberi suatu dampak terbatas apabila kebutuhan pangan penduduk umum tidak terpenuhi. Warga akan pulih dari kurang gizi namun yang tidak dapat mempertahankan asupan pangan yang memadai akan lebih memburuk.

Memilih pilihan-pilihan respons krisis yang paling tepat guna dan berhasil guna memerlukan suatu analisis mendalam kebutuhan-kebutuhan terpilah jenis kelamin, pilihan rumah tangga, ketepatan dan penghematan biaya, perlindungan risiko-risiko dan perubahan-perubahan musim. Juga harus identifikasi jenis khusus dan jumlah pangan yang diperlukan dan cara optimal untuk menyebarkannya.

Pangan adalah pengeluaran besar untuk rumah tangga yang rawan. Bantuan tunai dapat memungkinkan penduduk menerima bantuan yang lebih baik untuk mengelola sumber-sumber mereka secara keseluruhan, meski hal ini tergantung pertukaran nilai yang diberikan. Analisis bersama dan sasaran program akan mengarahkan penentuan sasaran, pertukaran nilai dan kondisi-kondisi potensial yang ditempatkan dalam pertukaran.

Respons ketahanan pangan harus secara progresif bertujuan bekerja melalui atau mendukung pasar setempat. Keputusan mengenai penyediaan setempat, nasional atau regional harus berdasarkan suatu pemahaman pasar, termasuk pasar dan lembaga layanan keuangan.

Program berbasis pasar, seperti hibah kepada pedagang untuk penyediaan ulang, dapat juga mendukung pasar. Lihat ⊕ "Penyaluran bantuan melalui mekanisme pasar dan buku panduan MERS"



Standar 5 Ketahanan Pangan: Ketahanan Pangan Umum

Warga menerima bantuan pangan yang memastikan bertahan hidup, menegakkan martabat, mencegah erosi asetnya dan membangun ketangguhan.

Tindakan-tindakan kunci

- 1 Mendasarkan pada data penilaian ketahanan pangan, merancang respons untuk memenuhi kebutuhan segera, dan mempertimbangkan upaya-upaya untuk mendukung, melindungi, mempromosikan dan memulihkan ketahanan pangan.
 - Mempertimbangkan bantuan barang dan tunai berdasarkan pilihan untuk keranjang makanan.
- 2 Mengembangkan strategi peralihan dan penghentian semua program ketahanan pangan sedini mungkin.
 - Memadukan program-program dengan respons dari sektor-sektor lain.
- 3 Memastikan bahwa warga menerima bantuan memiliki akses terhadap pengetahuan, keterampilan dan layanan untuk menghadapi dan mendukung mata pencaharian mereka yang penting.
- 4 Melindungi, melestarikan dan memulihkan lingkungan alam dari kerusakan lebih lanjut
 - Mempertimbangkan dampak bahan bakar memasak terhadap lingkungan
 - Mempertimbangkan strategi mata pencaharian yang tidak menyumbang penebangan hutan atau erosi tanah.
- 5 Memantau tingkat penerimaan dan akses intervensi ketahanan pangan kemanusiaan oleh beragam kelompok dan perorangan.
- 6 Memastikan agar warga penerima bantuan pangan dikonsultasikan tentang rancangan respons dan diperlakukan dengan hormat dan bermartabat.
 - Membentuk suatu mekanisme untuk memberikan umpan balik.

Indikator-indikator kunci

Persentase rumah tangga yang disasar dengan Angka Konsumsi Pangan yang dapat diterima.

- >35%; ketika minyak dan gula diberikan, >42%.

Persentase rumah tangga yang disasar dengan Angka Keragaman Diet yang dapat diterima

- >5 kelompok pangan utama yang teratur dikonsumsi.

Persentase rumah tangga yang disasar dengan Indeks Strategi Bertahan yang dapat diterima

Persentase warga penerima bantuan yang melaporkan keluhan atau umpan balik negatif terkait penatalaksanaan mereka dengan bermartabat.

- Semua keluhan secara teratur dipantau dan dengan cepat direspons.

Catatan-catatan Panduan

Konteks: Pantau situasi ketahanan pangan yang lebih luas untuk menilai relevansi suatu respons yang berlanjut. Tentukan saat untuk menghentikan kegiatan dan saat untuk mengenalkan modifikasi atau proyek baru, serta identifikasi bila ada kebutuhan untuk advokasi.

Dalam situasi perkotaan, ambillah langkah untuk menyesuaikan indikator pengeluaran pangan rumah tangga, secara khusus pada permukiman berpendapatan rendah yang padat. Sebagai contoh, pengeluaran pangan dan ambang yang dibuat mungkin kurang akurat dengan situasi perkotaan, karena tidak ada pengeluaran non-pangan, misalnya sewa atau pemanasan (di daerah bertemperatur dingin), yang relatif tinggi.

Strategi peralihan dan penghentian: Mulailah mengembangkan strategi peralihan dan penghentian dari sejak awal program. Sebelum menutup suatu program atau melakukan suatu peralihan harus ada bukti perbaikan atau adanya pelaku lain yang dapat bertanggungjawab. Dalam kasus bantuan pangan, ini berarti pemahaman perlindungan sosial yang ada atau direncanakan atau sistem jejaring pengaman sosial jangka panjang.

Program bantuan pangan dapat berkoordinasi dengan sistem perlindungan sosial atau membangun dasar untuk itu dalam suatu sistem di masa depan. Lembaga kemanusiaan dapat juga mengadvokasi sistem yang menangani kerawanan pangan menahun, yang diinformasikan oleh suatu analisis kerawanan pangan menahun bila ada. ⊕ Lihat "*MERS Handbook*".

Kelompok-kelompok berisiko: Gunakan penilaian-penilaian berbasis komunitas dan pantauan partisipatoris lain untuk menanggapi pola-pola yang membahayakan kelompok-kelompok atau perorangan tertentu. Misalnya, penyebaran bahan bakar dan /atau tungku berbahan bakar yang hemat bahan bakar mungkin mengurangi risiko serangan fisik dan seksual terhadap perempuan dan anak-anak perempuan. Tambahan transfer tunai, khususnya untuk rumah tangga atau perorangan yang rawan, seperti rumah tangga yang dikepalai oleh perempuan dan anak-anak atau rumah tangga dengan penyandang disabilitas, dapat mengurangi risiko eksploitasi seksual dan buruh anak.

Struktur dukungan sosial: Rancang struktur dukungan komunitas bersama dengan pengguna, sehingga tepat dan dipertahankan secara memadai serta akan tetap ada setelah program berakhir. Pertimbangkan kebutuhan perorangan yang rawan selama perancangan. Misalnya, anak-anak perempuan dan anak laki-laki yang terpisah dan tidak didampingi keluarga yang mungkin tidak memperoleh informasi dan pengembangan keterampilan yang dilakukan dalam sebuah keluarga. ⊕ Lihat Komitmen 4 Standar Kemanusiaan Inti.

Dukungan Penghidupan: ⊕ lihat Standar 7.1 dan 7.2 Ketahanan Pangan dan Gizi - Mata Pencapaian, "*MERS Handbook*" dan "*LEGS Handbook*".

Dampak Lingkungan: Penduduk yang hidup di tenda memerlukan bahan bakar untuk memasak yang mungkin mempercepat penebangan hutan. Pertimbangkan pilihan-pilihan seperti penyebaran bahan bakar, tungku efisien dan energi alternatif. Pertimbangkan keuntungan potensial bagi lingkungan membuat kupon yang lebih khusus untuk barang dan jasa ramah yang berkelanjutan bagi lingkungan. Lihat peluang-peluang untuk mengubah pangan dan kebiasaan masak sebelumnya yang dapat menyebabkan kerusakan lingkungan. Pertimbangkan kecenderungan perubahan iklim. Prioritaskan kegiatan-kegiatan yang meredakan krisis jangka pendek dan risiko krisis jangka menen-



gah dan jangka Panjang. Sebagai contoh, mengurangi persediaan mungkin mengurangi tekanan pada padang rumput selama suatu kekeringan. ☉ Lihat Standar 7 Hunian dan Permukiman: Keberlanjutan Lingkungan.

Akses dan penerimaan: Penduduk akan berpartisipasi dalam suatu program yang mudah diakses dan kegiatan-kegiatannya diterima. Gunakan rancangan partisipatoris dengan semua anggota penduduk terdampak untuk memastikan cakupan semuanya tanpa diskriminasi. Sementara beberapa respons ketahanan pangan menargetkan yang aktif secara ekonomis, respons harus dapat diakses oleh semua warga. Untuk menangani hambatan-hambatan yang dialami kelompok-kelompok berisiko, bekerja dengan aktif bersama mereka untuk merancang kegiatan-kegiatan dan membangun struktur dukungan yang tepat.

6. Bantuan Pangan

Bantuan pangan diperlukan bila mutu dan jumlah pangan yang tersedia atau akses terhadap pangan tidak memadai untuk mencegah kematian, kesakitan dan kurang gizi yang berlebihan. Ini meliputi respons kemanusiaan yang juga melindungi dan menguatkan mata pencarian penduduk terdampak. Pilihan-pilihan respons termasuk bantuan bahan pangan, bantuan tunai, dukungan untuk produksi dan dukungan pasar. Sementara memenuhi kebutuhan segera adalah suatu prioritas pada tahap awal suatu krisis, respons harus melestarikan dan melindungi aset, membantu pemulihan aset yang hilang melalui krisis dan meningkatkan ketangguhan untuk ancaman di masa depan.

Bantuan pangan juga dapat digunakan untuk mencegah penduduk mengadopsi pilihan mekanisme pertahanan negatif seperti menjual aset produktif, eksploitasi berlebihan atau merusak sumber-sumber alam atau menumpuk hutang.

Suatu perangkat yang luas dapat digunakan untuk program bantuan pangan, meliputi:

- penyebaran pangan umum (pemberian bahan pangan, bantuan tunai untuk membeli pangan);
- program makanan tambahan secukupnya ;
- program makanan tambahan yang tersasar; dan
- memberikan layanan relevan dan masukan, termasuk melatih keterampilan dan pengetahuan.

Penyebaran pangan umum mendukung penduduk yang paling memerlukan pangan. Hentikan penyebaran ini bila penduduk penerima bantuan dapat memproduksi atau mengakses pangan mereka melalui cara lain. Rencana peralihan mungkin diperlukan, termasuk bantuan tunai tertentu atau dukungan penghidupan.

Warga dengan kebutuhan zat gizi khusus mungkin memerlukan makanan tambahan sebagai tambahan dari pemberian pangan umum. Ini meliputi anak-anak berusia 6-59 bulan, usia lanjut, warga dengan disabilitas, warga hidup dengan HIV, dan perempuan hamil atau menyusui. Dalam banyak situasi pemberian pangan tambahan menyelamatkan jiwa. Pemberian makanan di tempat dilakukan hanya bila warga tidak mempunyai sarana untuk memasak sendiri. Ini dapat segera diperlukan pada awal suatu krisis, selama perpindahan penduduk atau bila ketidakamanan menempatkan penerima bahan pangan dibawa ke rumah berisiko. Ini juga dapat digunakan untuk pemberian makanan sekolah darurat, meskipun bahan pangan yang dibawa pulang mungkin disebarkan melalui sekolah. Pertimbangkan anak-anak yang tidak hadir sekolah tidak akan mengakses penyebaran ini; rencanakan mekanisme penjagaku anak-anak ini.

Bantuan pangan memerlukan manajemen rantai pasokan yang baik dan kemampuan logistik dalam mengelola komoditas secara tepat guna.

Manajemen sistem pemberian uang tunai haruslah kokoh dan dapat dipertanggungjawabkan (akuntabel). ☉ Lihat Penyaluran bantuan melalui mekanisme pasar.



Standar 6.1 Bantuan Pangan: Kebutuhan Gizi Umum

Kebutuhan gizi dasar warga terdampak, termasuk yang paling rentan terpenuhi.

Tindakan-tindakan kunci

- 1 Mengukur tingkat akses terhadap jumlah memadai dan mutu pangan.
 - Menilai tingkat akses secara teratur untuk melihat apakah stabil atau cenderung menurun.
 - Menilai akses warga terdampak terhadap pasar.
- 2 Merancang bantuan pangan dan tunai untuk memenuhi persyaratan perencanaan awal standar mengenai energi, protein, lemak dan zat gizi mikro.
 - Merencanakan bahan untuk menutupi kesenjangan antara keperluan gizi dan kemampuan penduduk memenuhi kebutuhan pangannya sendiri.
- 3 Melindungi, mempromosikan dan mendukung akses warga terdampak terhadap pangan bergizi dan dukungan gizi.
 - Memastikan anak-anak berusia 6-24 bulan memiliki akses terhadap makanan pelengkap dan perempuan hamil dan menyusui memiliki akses terhadap dukungan gizi tambahan.
 - Memastikan rumah tangga dengan anggota berpenyakit menahun, warga hidup dengan HIV dan tuberkulosis, lanjut usia dan penyandang disabilitas memiliki makanan bergizi yang tepat serta dukungan gizi yang memadai.

Indikator-indikator kunci

Prevalensi kurang gizi di antara anak di bawah 5 tahun terpilah berdasarkan jenis kelamin, dan terpilah berdasarkan disabilitas dari usia 24 bulan.

- Gunakan sistem klasifikasi WHO (MAD, MDD-W).
- Untuk pemilahan berdasarkan disabilitas, gunakan modul kelompok UNICEF/Washington mengenai Fungsi Anak.

Persentase rumah tangga yang disasar dengan angka konsumsi pangan yang dapat diterima.

- >35%; ketika diberi minyak dan gula, >42%
Persentase rumah tangga yang disasar dengan angka keragaman diet yang dapat diterima
- >5 kelompok utama yang dikonsumsi teratur

Persentase rumah tangga yang disasar yang menerima kebutuhan minimum energi makanan (2.100 kCal per orang per hari) dan asupan zat gizi mikro setiap hari yang direkomendasikan.

Catatan-catatan Panduan

Pemantauan akses terhadap pangan: Pertimbangkan variabel termasuk tingkat ketahanan pangan, akses ke pasar, mata pencaharian, kesehatan dan gizi. Ini akan membantu menentukan apakah situasi stabil atau menurun, dan apakah intervensi pangan penting. Gunakan Indikator proxy seperti Angka Konsumsi Pangan atau perangkat keragaman diet.

Bentuk-bentuk bantuan: Gunakan bentuk-bentuk bantuan yang tepat (tunai, kupon atau bahan) atau suatu kombinasi untuk memastikan ketahanan pangan. Bila bantuan tunai yang digunakan, pertimbangkan penyebaran makanan pelengkap atau penyebaran makanan tambahan untuk memenuhi kebutuhan kelompok-kelompok khusus.

Pertimbangkan memadainya pasar untuk melayani kebutuhan gizi tertentu dan gunakan metoda khusus termasuk alat penilaian “harga termurah suatu diet yang sehat”.

Rancangan bantuan pangan dan mutu gizi: Sejumlah perangkat perencanaan bahan tersedia, misalnya NutVal. Untuk merencanakan pembagian pangan ⊕ Lihat Lampiran 6: Kebutuhan Gizi. Ketika suatu pemberian bahan dirancang untuk memberikan semua energi dalam diet, maka ini harus terkandung jumlah semua zat gizi. Ketika suatu bahan pangan memberikan hanya sebagai kebutuhan energi diet, maka rancanglah menggunakan satu dari dua pendekatan:

- Ketika kandungan gizi dari bahan pangan lain tersedia untuk penduduk tidak diketahui, rancanglah bahan pangan yang akan dibagi untuk memberikan isi gizi yang seimbang yang seimbang terhadap kandungan energi dari bahan pangan.
- Ketika kandungan gizi dari bahan pangan lain yang tersedia untuk penduduk diketahui, rancanglah bahan pangan melengkapi pangan ini dengan memenuhi kesenjangan gizi.

Perkiraan di bawah untuk suatu kebutuhan gizi minimum suatu penduduk harus digunakan dalam perencanaan bahan pangan umum dan disesuaikan dengan situasi.

2.100 kCal per orang per hari dengan 10-12 % dari total energi diberikan oleh protein dan 17% diberikan oleh lemak. ⊕ Lihat Lampiran 4: Kebutuhan Gizi - untuk rincian lebih lanjut.

Memastikan kandungan gizi memadai dari suatu bahan pangan mungkin menantang bila ada keterbatasan jenis pangan yang tersedia. Pertimbangkan akses untuk memberi yodium pada garam, niasin, tiamin, dan riboflavin. Pilihan-pilihan untuk meningkatkan mutu gizi suatu bahan pangan meliputi fortifikasi komoditas pangan dasar, termasuk fortifikasi pangan dilumatkan, dan mendorong pembelian bahan segar yang dihasilkan setempat menggunakan kupon. Pertimbangkan penggunaan produk tambahan seperti berbasis lemak, padat gizi, makanan siap makan, atau tablet atau bubuk zat gizi mikro. Memberikan pesan IYCF-E untuk memastikan pemberian ASI optimal dan praktik-praktik pemberian makanan pelengkap dipromosikan. ⊕ Lihat Standar 4.1 dan 4.2 Pemberian makanan bayi dan anak-anak kecil.

Bila merencanakan pemberian bahan pangan, konsultasikan dengan komunitas untuk mempertimbangkan kesukaan setempat dan budaya. Pilih pangan yang tidak perlu dimasak lama ketika bahan bakar langka (jarang). Bila ada perubahan bahan pangan, bagi informasi dengan seluruh komunitas sedini mungkin untuk mengurangi kemarahan dan batasi risiko kekerasan dalam rumah tangga terhadap perempuan yang mungkin disalahkan karena pengurangan pembagian bahan pangan. Komunikasikan secara jelas rencana penghentian sejak dari awal program untuk mengelola harapan, mengurangi kecemasan dan memampukan rumah tangga untuk mengambil keputusan yang relevan.

Kaitkan dengan program kesehatan: Bantuan pangan dapat mencegah kemerosotan status gizi penduduk terdampak atau penyintas, khususnya bila dikombinasikan dengan upaya kesehatan masyarakat untuk mencegah penyakit-penyakit seperti campak, malaria dan infeksi parasit. ⊕ Lihat Standar 1.1 Sistem Kesehatan: Penyampaian Layanan Kesehatan dan Standar 2.1 Layanan Kesehatan Dasar - Penyakit-penyakit menular: Pencegahan

Pemantauan penggunaan pangan: Indikator kunci untuk mengukur akses pangan terhadap bantuan pangan bukanlah jumlah penggunaan pangan. Pengukuran langsung asupan gizi tidak realistis. Pengukuran tidak langsung adalah suatu alternatif



yang baik, gunakan informasi dari beragam sumber, termasuk ketersediaan pangan dan penggunaan di tingkat rumah tangga, dan menilai harga-harga pangan dan bahan bakar memasak di pasar setempat. Pilihan-pilihan lain termasuk menguji rencana dan catatan penyebaran bantuan pangan, menilai sumbangan pangan alamiah (liar) dan melaksanakan penilaian ketahanan pangan.

Kelompok-kelompok berisiko: Ketika menetapkan kriteria kelayakan terhadap bantuan pangan, konsultasikan dengan beragam kelompok untuk identifikasi adanya kebutuhan khusus yang mungkin berlebihan. Termasuk pangan yang memadai dan diterima seperti pangan lunak yang difortifikasi untuk anak kecil (berusia 6-59 bulan) dalam pembagian pangan umum. Kelompok penduduk khusus yang mungkin perlu perhatian termasuk warga lanjut usia, warga hidup dengan HIV, penyandang disabilitas dan para pengasuh.

Warga usia lanjut: Penyakit menahun dan disabilitas, isolasi, ukuran keluarga yang besar, cuaca dingin dan kemiskinan dapat mengurangi akses terhadap pangan dan meningkatnya kebutuhan gizi. Warga usia lanjut harus dapat mengakses sumber-sumber pangan dan pengiriman pangan secara mudah. Pangan harus mudah disiapkan dan dimakan serta harus memenuhi kebutuhan tambahan protein dan zat gizi mikro para warga usia lanjut.

Warga hidup dengan HIV: Ada suatu risiko tinggi kurang gizi pada warga yang hidup dengan HIV. Hal ini karena berkurangnya asupan pangan, penyerapan zat gizi yang buruk, perubahan dalam metabolisme dan infeksi dan penyakit menahun. Kebutuhan energi warga yang hidup dengan HIV beragam sesuai tahapan infeksi. Menggiling dan fortifikasi pangan atau memberikan fortifikasi, pelunakan atau tambahan makanan khusus adalah strategi yang mungkin untuk meningkatkan akses terhadap diet yang memadai. Pada beberapa situasi malah mungkin cocok untuk meningkatkan ukuran keseluruhan bahan pangan yang dibagikan. Rujuk warga kurang gizi yang hidup dengan HIV untuk menyoar program pemberian makanan bila tersedia.

Penyandang disabilitas: termasuk penyandang disabilitas psikososial mungkin sebagian berisiko terpisah dari anggota keluarga terdekat dan pengasuhnya yang biasa dalam suatu krisis. Mereka juga dapat menghadapi diskriminasi. Kurangi risiko-risiko ini dengan memastikan akses fisik ke pangan, akses ke makanan yang padat energi dan kaya zat gizi, serta mekanisme untuk dukungan pemberian makanan. Ini mungkin meliputi pemberian alat pelunak manual, sendok dan sedotan, atau mengembangkan sistem untuk kunjungan rumah atau layanan jangkauan ke luar. Sebagai tambahan, pertimbangkan anak dengan disabilitas yang mungkin jarang dimasukkan di sekolah, akan kehilangan kesempatan mengikuti program pemberian makanan di sekolah.

Pengasuh: Penting mendukung warga yang mengasuh perorangan yang rentan. Para pengasuh dan mereka yang diasuh pengasuh mungkin menghadapi halangan gizi khusus. Sebagai contoh, mereka memiliki waktu yang kurang mengakses makanan, karena mereka sakit atau mengasuh yang sakit. Mereka memiliki suatu kebutuhan yang lebih besar untuk mempraktikkan kebersihan. Mereka memiliki asset yang lebih sedikit untuk menukar pangan karena harga pengobatan atau pemakaman. Mereka mungkin menghadapi stigma sosial dan berkurang aksesnya ke mekanisme dukungan komunitas. Gunakan jejaring sosial yang ada melatih anggota komunitas yang dipilih untuk mendukung para pengasuh.

Standar 6.2 Bantuan Pangan:

Mutu, kecocokan dan penerimaan pangan

Bahan pangan yang diberikan cocok mutu, dapat diterima dan dapat digunakan secara tepat guna dan berhasil guna.

Tindakan-tindakan kunci

- 1) Memilih pangan yang sesuai standar nasional pemerintah tuan rumah dan standar mutu internasional yang diterima.
 - Melakukan pengujian contoh acak pada persediaan pangan.
 - Memahami dan menghargai peraturan nasional terkait penerimaan dan penggunaan bahan pangan yang dimodifikasi secara genetik ketika merencanakan penggunaan pangan impor.
- 2) Memilih pengemasan pangan yang cocok.
 - Memberikan label dengan tanggal produksi, asal negara, tanggal "masa penggunaan terbaik" atau kadaluarsa, analisis gizi, petunjuk cara memasak dalam format yang dapat diakses dan dalam Bahasa setempat, khususnya untuk bahan pangan yang kurang akrab atau jarang digunakan.
- 3) Menilai akses terhadap air, bahan bakar, tungku masak dan fasilitas penyimpanan makanan.
 - Memberikan makanan yang siap makan bila krisis mencegah akses ke fasilitas untuk memasak.
- 4) Memberikan akses ke fasilitas penggilingan dan proses yang memadai bila memberikan bulir gandum.
 - Memenuhi biaya penggilingan penerima bantuan dengan menggunakan uang tunai atau kupon, atau pendekatan yang lebih jarang dipilih saat memberikan tambahan butir gandum atau alat penggilingan.
- 5) Mengirim dan menyimpan pangan dalam kondisi yang tepat.
 - Mengikuti standar mengenai manajemen gudang, dengan pemeriksaan sistematis mengenai mutu pangan.
 - Mengukur jumlah dalam unit konsisten; dan menghindari perubahan unit dan tata cara pengukuran selama proyek.



Indikator-indikator kunci

Persentase penduduk terdampak yang melaporkan bahwa pangan diberikan dengan mutu yang cocok dan memenuhi selera setempat

Persentase penduduk terdampak yang melaporkan mekanisme untuk menerima pangan cocok

Persentase rumah tangga yang melaporkan menerima bahan pangan yang mudah disiapkan dan disimpan

Persentase warga penerima bantuan yang melaporkan keluhan atau umpan balik negatif terkait mutu pangan.

- semua keluhan secara teratur dipantau dan ditanggapi secara cepat.

Persentase kehilangan pangan dilaporkan oleh program

- sasaran <0,2% dari total berat dalam ton

Catatan-catatan Panduan

Mutu pangan: Pangan harus sesuai standar pangan negara penerima. Pangan juga harus sesuai dengan standar Codex Alimentarius tentang mutu, pengemasan, pelabelan dan kesegaran untuk digunakan. Ketika pangan tidak sesuai mutu yang penggunaan yang ditujukan, maka tidak sesuai dengan tujuan. Ini benar walaupun ketika cocok untuk konsumsi manusia. Sebagai contoh bilamana mutu tepung tidak dapat dibakar di tingkat rumah tangga walaupun aman untuk dikonsumsi. Sertifikat nabati aman atau sertifikat pemeriksaan harus menyertai bahan pangan impor yang dibeli setempat. Fumigasi harus menggunakan produk yang cocok dan mengikuti prosedur ketat. Pastikan peneliti mutu independen memeriksa konsinyasi berjumlah besar dan gunakan peneliti mutu independen bila ada keraguan atau pertengkaran mengenai mutu.

Pastikan pemerintah tuan rumah tetap terlibat sebanyak mungkin. Perolehlah informasi mengenai usia dan mutu konsinyasi pangan dari sertifikat pemasok, laporan pemeriksaan pengendalian mutu, label pengemasan dan laporan gudang. Buatlah suatu data dasar untuk analisis sertifikat-sertifikat yang dikeluarkan oleh suatu pihak berwenang relevan untuk mensertifikasi mutu dan kemurnian suatu produk.

Nilai ketersediaan bahan pangan di pasar setempat, nasional atau internasional. Ketika bantuan pangan berasal dari sumber setempat, pangan itu harus berkelanjutan dan tidak ada regangan sumber alam setempat atau pemutarbalikan pasar. Kenali pasokan pangan yang potensial dipaksakan ke dalam perencanaan program.

Pengemasan pangan: Kehilangan pangan dapat dilaporkan di gudang dan titik pembagian akhir. Kehilangan pangan dapat disebabkan karena pengemasan yang buruk dalam siklus penyebaran. Pengemasan harus kokoh dan nyaman untuk penanganan penyimpanan dan pembagian. Pengemasan harus dapat diakses oleh warga lanjut usia, anak dan penyandang disabilitas. Bila memungkinkan, pengemasan harus memungkinkan pembagian langsung tanpa memerlukan pengukuran ulang atau pengemasan ulang.

Pengemasan pangan harus tidak membawa pesan-pesan politis atau motivasi keagamaan atau memecah belah warga.

Pengemasan harus tidak merupakan suatu ancaman, dan organisasi kemanusiaan bertanggung jawab untuk mencegah lingkungan menjadi berserakan dengan pengemasan dari bahan yang dibagikan atau dibeli dengan tunai atau kupon. Gunakan pengemasan minimal (dapat diserap alam bila mungkin) dan bahan setempat yang cocok, ketika mungkin dengan mempromosikan kemitraan dengan pemerintah setempat dan pabrik bahan pengemasan. Berikan wadah pangan yang dapat digunakan ulang, didaur ulang atau disesuaikan ulang. Buang sampah kemasan dengan cara mencegah kerusakan lingkungan. Kemasan makanan yang dapat langsung digunakan misalnya pembungkus lembaran tipis plastik mungkin memerlukan pengendalian khusus untuk pembuangan yang aman.

Bila sampah berserakan terjadi, organisir kampanye pembersihan sampah teratur komunitas. Kampanye ini harus merupakan bagian dari penerahan komunitas dan kegiatan

tan peningkatan kesadaran, daripada suatu kerja untuk bantuan tunai. ⊕ Lihat Standar 5.1 sampai 5.3 WASH Manajemen Sampah Padat

Pilihan pangan: Bila nilai gizi adalah pertimbangan utama dalam pemberian bantuan pangan, bahan harus akrab dengan penerima. Bahan juga harus sesuai dengan tradisi agama dan budaya, termasuk setiap pangan larangan untuk perempuan hamil dan menyusui. Berkonsultasilah dengan perempuan dan anak perempuan mengenai pilihan makanan, seperti dalam banyak situasi mereka mempunyai tanggung jawab utama untuk menyiapkan makanan. Dukung kakek-nenek, duda pemimpin rumah tangga, dan remaja yang bertanggung jawab atas saudara-saudaranya tanpa dukungan, karena mereka dapat berisiko dalam mengakses pangan.

Dalam situasi perkotaan, rumah tangga umumnya mengakses suatu keragaman pangan dibanding di perdesaan, namun mutu diet mungkin terbatas, memerlukan dukungan gizi yang berbeda.

Pemberian makanan bayi: Sumbangan atau subsidi susu formula bayi, susu bubuk, susu cair atau produk susu cair harus tidak didistribusikan sebagai suatu bahan terpisah dalam suatu pembagian makanan umum. Bahan-bahan ini harus tidak didistribusikan dalam suatu program pemberian makanan tambahan yang dibawa ke rumah. ⊕ Lihat Standar 4.2 Pemberian Makanan Bayi dan Anak-anak Kecil

Bulir gandum utuh: Bila penggilingan rumah tangga adalah tradisional atau ada akses untuk penggilingan setempat, bagikan bulir gandum utuh. Bulir gandum utuh mempunyai waktu lebih panjang disimpan daripada alternatifnya dan dapat memiliki nilai lebih tinggi terhadap mitra program.

Berikan fasilitas untuk penggilingan komersial yang murah untuk menghilangkan kuman, minyak dan enzim yang dapat mengakibatkan bau tengik. Penggilingan komersial yang murah dapat meningkatkan masa simpan, meskipun juga mengurangi isi protein. Giling jagung utuh mempunyai waktu simpan hanya 6 - 8 minggu, sehingga penggilingan harus terjadi segera sebelum konsumsi. Menggiling gandum normalnya memerlukan waktu masak lebih pendek. Kebutuhan penggilingan dapat kadang-kadang memaparkan perempuan atau remaja perempuan terhadap peningkatan risiko eksploitasi. Bekerjalah dengan perempuan dan anak perempuan untuk identifikasi risiko dan pemecahan seperti memberikan dukungan untuk penggilingan yang dikelola perempuan.

Penyiapan dan penyimpanan pangan: Kapasitas penyimpanan rumah tangga harus menginformasikan pilihan bahan pangan yang ditawarkan. Pastikan agar warga penerima bantuan pangan memahami cara menghindari risiko kesehatan masyarakat terkait penyiapan makanan. Berikan tungku hemat energi atau bahan bakar alternatif untuk mengurangi kerusakan lingkungan.

Tempat penyimpanan harus kering dan bersih, terlindung secara memadai dari cuaca dan bebas bahan kimia atau pencemar lainnya. Amankan daerah penyimpanan terhadap hama seperti serangga dan binatang pengerat (tikus). Bila tepat, libatkan pejabat Kementerian Kesehatan untuk mensertifikasi mutu pangan yang dipasok oleh vendor dan pedagang.



Standar 6.3 Bantuan Pangan: Menargetkan, menyebarkan dan menyampaikan

Bantuan pangan menargetkan dan menyebarkan secara bertanggungjawab, tepat waktu, terbuka dan aman.

Tindakan-tindakan kunci

- 1 Identifikasi dan target penerima bantuan pangan berdasarkan kebutuhan dan konsultasi dengan pemangku kepentingan yang tepat.
 - Memberikan rincian pengumuman yang jelas pendekatan penentuan sasaran yang diterima oleh penduduk penerima dan bukan-penerima, untuk menghindari timbulnya ketegangan dan melakukan hal buruk.
 - Mengawasi pendaftaran formal rumah tangga untuk menerima pangan sesegera mungkin, dan memutakhirkan bila perlu.
- 2 Merancang cara penyebaran pangan atau mengarahkan mekanisme penyampaian tunai/kupon yang efisien, setara, terlindung, aman, dapat diakses dan tepat.
 - Mengonsultasikan perempuan dan laki-laki termasuk remaja dan kaum muda, dan mempromosikan kelompok-kelompok yang potensial rawan dan terpinggirkan.
- 3 Menentukan tempat penyebaran dan titik penyampaian yang dapat diakses, aman dan paling nyaman untuk penerima.
 - Meminimalkan risiko-risiko warga mencapai tempat penyebaran, secara teratur memantau titik pemeriksaan atau perubahan situasi keamanan.
- 4 Memberikan kepada penerima rincian lengkap rencana dan jadwal penyebaran, mutu dan jumlah bahan pangan atau nilai tunai atau kupon, dan apa yang ingin dicakup.
 - Menjadwalkan penyebaran dengan cara yang menghargai penduduk yang melakukan perjalanan dan waktu kerjanya serta memprioritaskan kelompok-kelompok berisiko sepiantasnya.
 - Mendefinisikan dan membentuk mekanisme umpan balik dengan komunitas sebelum penyebaran.

Indikator-indikator kunci

Persentase kesalahan memasukkan dan mengeluarkan penerima dalam penentuan sasaran diminimalkan

- Sasaran <10%
Jarak dari tempat tinggal ke titik penyebaran akhir atau pasar (dalam kasus kupon atau tunai)
- Sasaran <5 kilometer
Persentase warga yang dibantu (dipilih berdasarkan jenis kelamin, usia dan disabilitas) yang melaporkan masalah keamanan dalam perjalanan (ke dan dari) dan di tempat program
Jumlah kasus eksploitasi seksual atau penyalahgunaan kekuasaan berhubungan dengan praktik penyebaran atau penyampaian dilaporkan
Persentase kasus eksploitasi seksual atau penyalahgunaan kekuasaan terkait penyebaran atau praktik pembagian yang ditindaklanjuti
- 100%
Persentase rumah tangga yang disasar yang secara tepat memperoleh bantuan pangan yang menjadi haknya.
- sasaran: >50% rumah tangga yang disasar

Catatan-catatan Panduan

Penentuan sasaran: Pastikan perangkat dan cara penentuan sasaran disesuaikan dengan situasi. Penentuan sasaran harus dilakukan sepanjang intervensi, tidak hanya pada fase awal. Menemukan keseimbangan yang tepat antara kesalahan mengeluarkan sasaran, yang dapat mengancam kehidupan, dan kesalahan memasukkan sasaran yang berpotensi mengganggu atau percuma adalah rumit. Dalam krisis yang terjadi tiba-tiba, kesalahan memasukkan sasaran lebih dapat diterima daripada kesalahan mengeluarkan sasaran. Penyebaran pangan umum mungkin tepat pada suatu krisis. Ketika rumah tangga menderita kehilangan yang sama atau ketika suatu penilaian penentuan sasaran tidak mungkin dilakukan karena ketiadaan akses.

Anak berusia 6-59 bulan, perempuan hamil dan menyusui, warga hidup dengan HIV dan kelompok rentan lainnya mungkin dapat disasar untuk pemberian makanan tambahan, atau mereka mungkin dapat dikaitkan dengan terapi gizi dan strategi pencegahan. Untuk warga hidup dengan HIV ini akan meningkatkan asupan kalori harian dan dukungan kepatuhan terapi anti retroviral.

Setiap program yang disasar harus secara hati-hati menghindari penciptaan stigma atau diskriminasi. Warga hidup dengan HIV dapat dimasukkan sebagai bagian penyebaran untuk warga yang menderita penyakit menahun, sebagai contoh dan memberikan melalui pusat-pusat kesehatan tempat mereka menerima rawatan dan pengobatan. Daftar warga hidup dengan HIV harus tidak pernah diumumkan atau dibagikan, dan dalam banyak situasi pemimpin komunitas harus tidak terlibat sebagai pihak penentu sasaran untuk warga hidup dengan HIV.

Agen/komite penentu sasaran: Kembangkan hubungan langsung dengan warga terdampak dan kelompok dalam komunitas, sementara menghindari penjaga gerbang komunitas sebisa mungkin. Bentuk komite penentuan sasaran dari perwakilan penduduk ini:

- perempuan dan remaja perempuan, laki-laki dan remaja laki-laki, lanjut usia dan penyandang disabilitas;
- komite setempat yang terpilih, kelompok-kelompok perempuan dan organisasi-organisasi kemanusiaan;
- LSM setempat dan internasional;
- organisasi kaum muda; dan
- lembaga pemerintahan setempat

Proses pendaftaran: Pendaftaran dapat sangat menantang di kamp, khususnya bila warga pengungsi tidak mempunyai dokumen dirinya. Daftar semua pihak berwenang setempat dan daftar rumah tangga yang dibuat komunitas mungkin berguna ketika suatu penilaian independen membuhtikannya akurat dan imparisial. Dukunlah keterlibatan perempuan terdampak termasuk perorangan yang berisiko dalam perancangan proses pendaftaran mengenai daftar penyebaran, khususnya warga dengan gangguan gerak.

Bila pendaftaran tidak memungkinkan pada tahap awal suatu krisis, lengkapi sesegera mungkin bila situasi sudah stabil. Bentuk suatu mekanisme umpan balik untuk proses pendaftaran yang dapat diakses oleh semua penduduk terdampak, termasuk perempuan, anak perempuan, warga lanjut usia dan penyandang disabilitas. Perempuan mempunyai hak untuk didaftar dengan namanya sendiri. Bila mungkin, konsultasilah dengan laki-laki dan perempuan, bila perlu secara terpisah, mengenai siapa harus se-



cara fisik mengambil bantuan atau menerima bantuan tunai atas nama rumah tangga. Konsultasi ini harus terinformasikan dalam suatu penilaian risiko.

Buatlah pemberian khusus untuk rumah tangga yang dikepalai oleh laki-laki tunggal dan perempuan yang mengepalai rumah tangga, juga anak dan remaja yang mengepalai rumah tangga dan anak-anak yang terpisah atau tidak didampingi keluarga, sehingga mereka dapat secara aman mengambil bantuan atas nama rumah tangganya. Bentuk rawatan anak yang berdekatan dengan titik pembagian untuk memungkinkan orangtua tunggal yang mengepalai rumah tangga dan perempuan dengan anak kecil dapat mengambil bantuan tanpa meninggalkan anak-anaknya sendirian. Dalam situasi bila ada rumah tangga poligami, perlakukan setiap istri dan anaknya sebagai sebuah rumah tangga terpisah.

Pembagian bahan pangan kering: Pembagian pangan umum biasanya hanya membagikan bahan pangan kering, agar penduduk dapat memasak di rumahnya sendiri. Penerima mungkin termasuk seorang atau pemegang kartu rumah tangga, sebuah perwakilan kelompok rumah tangga, pemimpin tradisional dan pemimpin perempuan, atau pemimpin suatu sasaran pembagian berbasis komunitas. Frekuensi pembagian harus mempertimbangkan berat bahan pangan dan sarana penerima untuk membawanya ke rumah secara aman. Dukungan khusus mungkin diperlukan untuk memastikan warga lanjut usia, perempuan hamil dan menyusui, anak terpisah dan tidak didampingi keluarga, serta penyandang disabilitas dapat mengambil dan menyimpan pembagiannya yang diterimanya. Timbang memiliki anggota komunitas yang membantu mereka, atau berikan mereka lebih sering dengan porsi yang lebih kecil.

Pembagian bahan pangan basah: Dalam situasi perkecualian, misalnya pada awal suatu krisis yang tiba-tiba terjadi, makanan yang sudah dimasak atau makanan yang siap makan boleh digunakan untuk pembagian makanan umum. Bahan-bahan ini mungkin tepat saat penduduk mengungsi atau ketika membawa makanan ke rumah akan membuat penerima bantuan berisiko dicuri, mengalami tindak kekerasan, disalahgunakan atau dieksploitasi. Gunakan makanan sekolah dan insentif pangan untuk tugas pendidikan sebagai suatu mekanisme pembagian dalam suatu kedaruratan.

Titik pembagian: Ketika menentukan titik pembagian, pertimbangkan dataran dan cobalah memberikan akses yang masuk akal terhadap sumber-sumber lain untuk mendukung seperti kebersihan dan keamanan air, jamban, layanan kesehatan, naungan dan tenda, serta ruang aman untuk anak dan perempuan. Kehadiran titik pemeriksaan bersenjata dan kegiatan militer perlu dipertimbangkan untuk mengurangi setiap risiko terhadap warga sipil dan membentuk akses aman terhadap bantuan. Jalan ke dan dari titik pembagian harus ditandai jelas, dapat diakses dan sering digunakan oleh anggota-anggota komunitas yang lain. Pertimbangkan kepraktisan dan biaya mengirim bahan-bahan. ⊕ Lihat Prinsip Perlindungan 2.

Kembangkan sarana alternatif pembagian untuk menjangkau warga yang terletak lebih jauh dari titik pembagian atau warga yang mengalami kesulitan fungsional. Akses ke tempat pembagian adalah sumber kecemasan umum untuk warga terpinggirkan dan dikeluarkan dari penduduk dalam suatu krisis. Berikan pembagian langsung ke penduduk-penduduk yang ada dalam lembaga.

Jadwal pembagian: Jadwal pembagian pada waktunya yang memungkinkan perjalanan ke titik pembagian dan kembali kerumah selama jam siang. Hindari menciptakan suatu kebutuhan untuk tinggal semalam, yang akan menciptakan risiko tambahan. Pertimbangkan membuat jalur cepat atau prioritas untuk kelompok berisiko, dan sebuah meja yang ditunggu oleh pekerja sosial yang dapat mendaftarkan setiap anak yang tidak

didampingi atau terpisah dari keluarga. Sebelumnya berikan informasi mengenai jadwal dan pembagian melalui suatu komunikasi yang tersebar luas.

Keamanan selama pembagian bahan pangan, kupon dan tunai: Ambil langkah untuk mengurangi risiko untuk mereka yang terlibat dalam pembagian. Ini meliputi pengendalian kerumunan yang pantas, supervisi pembagian oleh staf terlatih, dan anggota penduduk terdampak mengawal sendiri titik pembagian. Bila perlu libatkan polisi setempat. Informasikan pejabat dan petugas kepolisian sasaran dari pembagian bahan pangan. Rencanakan secara hati-hati tata ruang di titik pembagian sehingga aman dan dapat diakses oleh warga lanjut usia, penyandang disabilitas dan warga dengan kesulitan fungsional. Informasikan semua tim pembagi makanan tentang perilaku tepat yang diharapkan, termasuk hukum terhadap eksploitasi dan penyalahgunaan seksual, termasuk penjaga perempuan untuk mengawasi penurunan barang, pendaftaran, pembagian dan pemantauan setelah pembagian makanan. ⊕ Lihat Komitmen 7 Standar Kemanusiaan Inti.

Memberikan informasi: Tampilkan secara jelas informasi bahan di titik pembagian dalam bahasa dan format yang dapat diakses oleh penduduk yang tidak dapat membaca atau warga yang kesulitan berkomunikasi. Informasikan penduduk melalui pesan cetak, suara, pesan singkat (SMS) tentang:

- rencana pemberian bahan, secara khusus jumlah dan jenis bahan pangan, atau nilai tunai/kupon dan apa yang sasaran yang ingin dicakup;
- alasan dari setiap perubahan dari rencana awal (waktu, jumlah, jenis, lainnya)
- mutu gizi makanan dan ketika diperlukan perhatian khusus yang diperlukan oleh penerima untuk melindungi nilai gizinya;
- perlunya penanganan aman dan penggunaan makanan;
- informasi khusus untuk penggunaan optimum makanan untuk anak; dan
- pilihan untuk mendapatkan informasi lebih lanjut atau memberikan umpan balik.

Untuk bantuan tunai, nilai transfer harus meliputi informasi tentang pembagian. Informasi dapat disampaikan di tempat pembagian, dipajang di tempat pembayaran atau tempat penukaran kupon, atau dalam selebaran dalam bahasa setempat.

Perubahan bahan pangan yang diberikan: Perubahan dalam pemberian atau pengalihan nilai untuk bantuan tunai mungkin terjadi karena suatu ketidaksediaan pangan, ketiadaan dana atau sebab lainnya. Bila ini terjadi, sampaikan perubahan-perubahan ini kepada para penerima melalui komite pembagian, pemimpin komunitas dan wakil organisasi. Kembangkan suatu tindakan bersama sebelum pembagian. Komite pembagian harus menginformasikan kepada penduduk perubahan-perubahan, alasan dibalik perubahan-perubahan dan tanggal serta rencana untuk kembali ke pembagian normal. Pilihan-pilihan meliputi:

- pengurangan pembagian kepada semua penerima;
- pemberian suatu pembagian sepenuhnya kepada perorangan yang rentan dan suatu pembagian yang dikurangi untuk penduduk umum; atau
- menunda pembagian (sebagai pilihan terakhir).

Pemantauan pembagian dan penyampaian: Pantau pangan secara teratur dengan mempertimbangkan bahan pangan yang dikumpul oleh rumah tangga untuk mengukur ketepatan dan kesetaraan pembagian. Wawancara penerima dan pastikan bahwa contoh wawancara meliputi sejumlah setara perempuan dan laki-laki, termasuk remaja dan kaum muda, penyandang disabilitas dan warga lanjut usia. Kunjungan acak oleh



sebuah tim pewawancara yang terdiri dari sekurang-kurangnya seorang laki-laki dan seorang perempuan dapat membantu menentukan penerimaan dan kegunaan bahan pangan. Kunjungan-kunjungan ini dapat mengidentifikasi penduduk yang memenuhi kriteria pemilihan namun tidak menerima bantuan pangan. Kunjungan-kunjungan ini juga dapat mengidentifikasi pangan yang diterima dari sumber lain, sumbernya dan penggunaannya. Kunjungan ini dapat mengidentifikasi kemungkinan penggunaan kekuasaan untuk mengambil milik, perekrutan paksaan, atau eksploitasi seksual atau lainnya. ⊕ Lihat “*Penyaluran bantuan melalui mekanisme pasar.*”

Standar 6.4 Bantuan Pangan:

Penggunaan Pangan

Penyimpanan, persiapan dan konsumsi pangan aman dan tepat di tingkat rumah tangga dan komunitas.

Tindakan-tindakan kunci

- 1) Melindungi warga penerima bantuan dari penanganan atau persiapan pangan yang tidak tepat.
 - Menginformasikan penduduk pentingnya kebersihan pangan dan mempromosikan praktik kebersihan yang baik dalam penanganan makanan.
 - Bila makanan yang dimasak yang diberikan, latih staf dalam penyimpanan, penanganan dan persiapan aman makanan, dan potensi ancaman kesehatan pada praktik-praktik yang salah.
- 2) Melakukan konsultasi dengan dan menyarankan penduduk penerima bantuan mengenai penyimpanan, persiapan, memasak dan konsumsi makanan.
- 3) Memastikan agar rumahtangga memiliki akses aman terhadap alat memasak yang tepat, bahan bakar, tungku yang hemat bahan bakar, air bersih dan alat-alat kebersihan.
- 4) Memastikan agar perorangan yang tidak dapat menyiapkan makanan atau makan sendiri mempunyai akses terhadap pengasuh yang dapat memberikan dukungan kepada mereka bila mungkin dan tepat.
- 5) Memantau cara sumber-sumber pangan digunakan di dalam rumah tangga

Indikator-indikator kunci

Jumlah kasus dilaporkan akibat ancaman kesehatan dari pangan yang dibagikan

Persentase rumah tangga yang dapat menyimpan dan menyiapkan makanan secara aman

Persentase rumah tangga yang disasar yang dapat menjelaskan tiga atau lebih pesan kesadaran tentang kebersihan

Persentase rumah tangga yang disasar yang melaporkan memiliki akses terhadap alat memasak yang tepat, bahan bakar, air minum dan bahan-bahan kebersihan.

Catatan-catatan Panduan

Kebersihan makanan: Krisis mungkin mengacaukan praktik kebersihan normal penduduk. Promosikan praktik-praktik kebersihan yang mengadaptasi situasi dan pola penyakit setempat. Tekankan pentingnya menghindari pencemaran air, pengendalian hama dan selalu mencuci tangan sebelum menangani makanan. Informasikan penduduk penerima makanan tentang cara menyimpan makanan secara aman di tingkat rumah tangga. ⊕ Lihat Standar WASH Promosi Higiene

Pengolahan dan penyimpanan makanan: Akses ke fasilitas-fasilitas pengolahan makanan, seperti penggilingan gandum, memungkinkan warga untuk menyiapkan makanan dalam bentuk pilihannya dan menghemat waktu untuk kegiatan produktif lainnya. Bila bahan makanan yang mudah rusak diberikan, pertimbangkan fasilitas tepat untuk menyimpan, misalnya wadah kedap air, pendingin atau pembeku. Pengaruh panas, dingin dan kelembaban mempengaruhi penyimpanan makanan yang mudah rusak.

Perorangan yang mungkin memerlukan bantuan penyimpanan, masak dan pemberian makanan termasuk anak kecil, warga lanjut usia, penyandang disabilitas dan warga hidup dengan HIV. Program jangkauan keluar atau dukungan tambahan mungkin perlu untuk penduduk yang memiliki kesulitan memberikan makanan untuk tergantung kepadanya, misalnya orangtua dengan disabilitas.

Pemantauan penggunaan makanan di dalam rumah: Organisasi kemanusiaan harus memantau dan menilai penggunaan pangan di dalam rumah dan ketepatan serta memadainya. Pada tingkat rumah tangga, bahan pangan dapat dimakan seperti tujuan pembagiannya atau diperdagangkan atau ditukar. Sasaran pertukaran dapat mengakses bahan makanan yang lebih disukai, bahan non-pangan atau pembayaran jasa seperti uang sekolah atau tagihan medik. Penilaian alokasi di dalam rumah tangga juga harus memantau penggunaan pangan berdasarkan jenis kelamin, usia dan disabilitas.

Penggunaan tunai atau kupon: Penting mengelola risiko pembelian panik ketika rumah tangga menerima tunai atau kupon. Siapkan pedagang dan penduduk penerima bantuan sebelum pembagian, pada saat pembagian dan setelah pembagian. Contohnya, pertimbangkan apakah pangan akan tersedia setiap bulan atau apakah akan lebih baik bertahap membagi selama sebulan. Kupon dapat diberikan dalam besaran kecil yang dapat ditukar setiap minggu, bila memungkinkan. Prinsip yang sama harus diterapkan untuk tunai yang dapat ditebus melalui anjungan tunai mandiri (*automatic teller machine*) atau bentuk lain pembayaran digital atau manual.



7. Mata Pencarian

Kemampuan penduduk untuk melindungi mata pencariannya langsung terkait dengan kerentanannya terhadap krisis. Pemahaman kerentanan sebelum, selama dan setelah suatu krisis membuat lebih mudah untuk memberikan bantuan yang tepat, dan untuk mengidentifikasi cara komunitas dapat merehabilitasi dan memperbaiki mata pencariannya.

Krisis dapat mengacaukan banyak faktor yang diandalkan penduduk untuk mempertahankan mata pencariannya. Penduduk terdampak oleh krisis mungkin kehilangan pekerjaannya atau harus mengabaikan tanahnya atau sumber-sumber air. Aset mungkin juga rusak, tercemar atau dicuri selama konflik atau bencana akibat fenomena alam. Pasar mungkin berhenti berfungsi.

Pada tahap awal suatu krisis, memenuhi kebutuhan dasar pertahanan diri adalah prioritas. Namun, seiring waktu, sistem rehabilitasi, keterampilan dan kapasitas yang mendukung mata pencarian juga dapat membantu penduduk pulih dengan bermartabat. Promosikan mata pencarian di antara pengungsi sering menunjukkan tantangan unik, seperti perkemahan atau kerangka kerja hukum dan kebijakan yang membatasi di negara-negara yang memberikan suaka (perlindungan).

Penduduk yang menghasilkan pangan perlu akses ke tanah, air, ternak, layanan dukungan dan pasar yang dapat mendukung produksi. Mereka harus mempunyai cara untuk melanjutkan produksi tanpa merusak sumber-sumber lain, penduduk atau sistem. ⊕ Lihat "*LEGS Handbook*".

Di wilayah perkotaan, dampak suatu krisis terhadap mata pencaharian sepertinya berbeda dengan dampak di wilayah perdesaan. Komposisi rumah tangga, keterampilan, disabilitas dan pendidikan akan menentukan tingkat kebolehan penduduk berpartisipasi dalam kegiatan-kegiatan ekonomi yang berbeda. Secara umum, penduduk perkotaan yang lebih miskin memiliki strategi mempertahankan mata pencarian yang lebih kurang luas pilihannya dari rekanan mereka di wilayah perdesaan. Sebagai contoh, di beberapa negara, mereka tidak dapat mengakses tanah untuk menumbuhkan pangan.

Kumpulkan warga yang kehilangan mata pencariannya dan warga yang memengaruhi cara peluang baru yang dapat dibuat untuk membantu membuat prioritas suatu respons mata pencarian. Ini harus mencerminkan suatu analisis pekerjaan, layanan dan terkait pemasaran hasil-hal. Semua intervensi mata pencarian harus mempertimbangkan cara menggunakan dan/atau mendukung pasar setempat. Lihat "*MERS Handbook*"

Standar 7.1 Mata Pencaharian:

Produksi Primer

Mekanisme produksi primer mendapatkan perlindungan dan dukungan.

Tindakan-tindakan kunci

- 1 Memberikan akses terhadap masukan produksi dan/atau asset untuk petani.
 - Memilih tunai atau kupon tempat pasar berfungsi dan dapat didukung melalui pemulihan, memberi petani keleluasaan untuk memilih masukan yang lebih disukai, bibit, persediaan ikan atau jenis ternak.

- Mengenalkan teknologi baru setelah sebuah krisis hanya ketika teknologi itu pernah diuji di dalam atau diadaptasi dalam situasi yang sama.
- 2) Memberikan masukan yang dapat diterima oleh pihak setempat, selaras dengan normal mutu yang cocok dan pada waktu musim yang terbaik untuk digunakan.
- Pilih masukan ternak yang cocok untuk situasi setempat dan keragaman panen setempat yang sudah digunakan dan diperlukan untuk musim yang mendatang.
- 3) Memastikan pasokan dan layanan tidak meningkatkan kerentanan penerima atau menciptakan konflik di dalam komunitas.
- Menilai persaingan potensial karena kelangkaan sumber-sumber alam (seperti tanah atau air) juga kerusakan yang mungkin terjadi terhadap jejaring sosial yang ada.
- 4) Melibatkan perempuan dan laki-laki terdampak secara setara dalam perencanaan, pengambilan keputusan, pelaksanaan dan pemantauan respons produk dasar.
- 5) Melatih produser yang terlibat dalam sektor pertanian, perikanan, pertambakan, kehutanan dan peternakan dalam produksi berkelanjutan dan praktik-praktik manajemen.
- 6) Menilai pasar dan merangsang kebutuhan untuk panen yang diproduksi setempat, sayur-sayuran dan produk-produk pertanian lainnya

Indikator-indikator kunci

Persentase perubahan dalam produksi penduduk yang disasar (pangan atau sumber pendapatan) dibanding dengan suatu tahun yang normal

Persentase rumah tangga yang melaporkan bahwa mereka memiliki akses terhadap fasilitas penyimpanan yang memadai produksi mereka

Persentase rumah tangga yang disasar dengan perbaikan akses fisik ke pasar yang berfungsi karena intervensi program.

Catatan-catatan Panduan

Strategi-strategi produksi: Strategi produksi harus memiliki suatu peluang pengembangan dan berhasil yang masuk akal dalam situasi. Ini dapat tergantung pada banyak faktor, termasuk akses terhadap:

- sumber alam yang memadai, buruh, pasokan pertanian dan modal keuangan;
- beragam benih bermutu baik yang diadaptasi pada situasi setempat; dan

ternak produktif, yang mencerminkan asset ketahanan pangan yang sangat penting. ⊕ Lihat "*LEGS Handbook*".

Sebagai tambahan, strategi harus mempertimbangkan keterampilan mata pencarian yang sudah ada, kesukaan komunitas, lingkungan fisik dan kemungkinan untuk diperluas.

Promosikan keragaman kegiatan mata pencarian di dalam suatu wilayah setempat, sementara mencegah penggunaan berlebihan sumber-sumber alam. Kerusakan lingkungan tidak hanya meningkatkan risiko suatu krisis, namun menyumbangkan ketegangan di antara komunitas-komunitas. Intervensi mata pencarian harus mempromosikan adaptasi perubahan iklim bila memungkinkan, seperti memilih beragam benih yang beradaptasi terhadap perubahan iklim.



Pencegahan buruh anak dikaitkan dengan inisiatif mata pencarian. Sadari dampak tidak langsung program mata pencarian terhadap anak-anak, seperti kehilangan masa bersekolah, karena mereka diharapkan mendukung rumah tangga sementara orangtua mereka bekerja.

Energi: Pertimbangkan kebutuhan energi untuk pekerjaan mekanik, memproses pangan, komunikasi, rantai dingin untuk pengawetan pangan dan peralatan pembakaran yang hemat energi.

Pertbaikan: Pertimbangkan pengenalan jenis panen yang diperbaiki, ternak atau spesies persediaan ikan, peralatan baru, pupuk atau praktik manajemen inovatif. Kuatkan produksi pangan berdasarkan pada pemeliharaan pola-pola sebelum krisis dan /atau kaitan dengan rencana pembangunan nasional.

Teknologi-teknologi baru: Produser dan pelanggan setempat harus memahami dan menerima dampak teknologi baru pada sistem produksi setempat, praktik-praktik budaya dan lingkungan alam sebelum mengadopsi pilihan teknologi baru. Ketika mengenalkan teknologi-teknologi baru, berikan konsultasi-konsultasi komunitas yang tepat, informasi dan pelatihan. Pastikan akses untuk kelompok-kelompok yang berisiko diskriminasi (termasuk perempuan, warga lanjut usia, minoritas dan penyandang disabilitas). Ketika memungkinkan koordinasilah dengan pakar mata pencarian dan kementerian pemerintah. Pastikan dukungan teknologi berkelanjutan, akses di masa depan terhadap teknologi, dan nilai kelangsungannya secara komersial.

Bantuan tunai atau pinjaman: Ini dapat diberikan untuk digunakan pada pasar benih dan ternak. Pahami akibat potensial suatu pendekatan yang dipilih terhadap gizi penduduk, pertimbangkan apakah ini memungkinkan penduduk memproduksi pangan kaya gizi sendiri atau ini memberikan uang tunai untuk membeli pangan. Nilai kelayakan bantuan tunai untuk membeli masukan produksi, pertimbangkan ketersediaan barang, akses ke pasar dan adanya suatu mekanisme pertukaran tunai yang aman, terjangkau dan peka gender. ⊕ Lihat "*MERS Handbook*" dan "*LEGS Handbook*".

Fluktuasi musim dan harga: Berikan masukan pertanian dan layanan pertanian bertepatan dengan musim pertanian dan peternakan. Sebagai contoh, berikan benih-benih dan alat-alat sebelum musim tanam. Mengurangi jumlah ternak selama kekeringan harus dilakukan sebelum kejadian kematian ternak berlebihan. Penambahan ternak harus dimulai ketika pemulihan mata pencarian sedang tinggi, sebagai contoh mengikuti musim hujan berikutnya. Ketika diperlukan, atau berikan bantuan pangan untuk melindungi benih dan masukan. Pastikan bila masukan peka terhadap keragaman kapasitas, kebutuhan dan risiko beragam kelompok, termasuk perempuan dan penyandang disabilitas. Fluktuasi harga akibat musim yang ekstrim berdampak merugikan terhadap petani miskin yang menjual produknya segera setelah panen, ketika harga-harga di tingkat terendah. Fluktuasi ini juga memiliki suatu dampak negatif terhadap pemilik ternak yang menjual ternaknya ketika kekeringan. Sebaliknya, konsumen yang mempunyai pendapatan terbatas tidak dapat menjangkau untuk berinvestasi dalam cadangan pangan. Mereka tergantung pada pembelian sedikit namun sering. Sebagai suatu hasil, mereka membeli pangan ketika harga sedang tinggi, seperti saat suatu kekeringan. Untuk pedoman ternak silakan ⊕ lihat "*LEGS Handbook*".

Benih: Petani dan pakar pertanian setempat harus menyetujui jenis khusus. Benih harus cocok dengan ekologi pertanian setempat dan kondisi manajemen petani sendiri. Benih harus juga tahan penyakit dan bertahan pada cuaca yang berpotensi keras karena perubahan iklim. Uji mutu benih sejak dari wilayah luar dan periksa apakah benih tepat untuk kondisi setempat. Beri petani akses terhadap suatu pilihan tanaman dan

jenis yang digunakan pada setiap intervensi terkait benih. Hal ini memungkinkan mereka memilih yang terbaik untuk sistem pertanian mereka sendiri. Sebagai contoh, petani menanam jagung mungkin memilih benih hibrida daripada varietas setempat. Penuhi kebijakan pemerintah mengenai benih hibrida. Jangan bagikan benih yang dimodifikasi genetiknya tanpa persetujuan pihak berwenang setempat. Informasikan petani ketika mereka diberikan benih dimodifikasi genetiknya. Ketika petani menggunakan kupon atau pasar benih, dorong mereka untuk membeli benih dari pemasok benih setempat. Petani-petani mungkin memilih jenis tradisional yang beradaptasi pada situasi setempat. Ini akhirnya tersedia pada harga lebih rendah, berarti mereka memperoleh benih lebih dibanding nilai kupon yang sama.

Tegangan komunitas dan risiko keamanan: Ketegangan diantara penduduk yang pindah dan penduduk setempat atau di dalam komunitas terdampak dapat muncul ketika produksi memerlukan suatu perubahan dalam akses ke sumber-sumber alam yang tersedia. Persaingan atas air atau tanah dapat mengarah ke pembatasan penggunaannya. Produksi pangan dasar mungkin tidak akan berlangsung bila ada kelangkaan sumber-sumber alam vital dalam jangka panjang. Ini juga tidak mungkin bila ada suatu ketiadaan akses untuk penduduk tertentu, seperti warga yang tidak memiliki tanah. Pemberian masukan gratis dapat juga mengacaukan dukungan sosial tradisional, mengkompromikan mekanisme pembagian ulang atau berdampak pada pelaku sektor usaha. Ini akan menciptakan ketegangan dan mengurangi akses masa depan terhadap masukan pertanian. ⊕ Lihat Prinsip Perlindungan 1.

Rantai pasokan: Gunakan rantai pasokan setempat, verifikasi rantai pasokan untuk mendapatkan masukan dan layanan untuk produksi pangan, seperti layanan kesehatan ternak dan benih. Untuk mendukung sektor usaha setempat, gunakan mekanisme seperti tunai atau kupon yang menghubungkan langsung produsen dasar ke pemasok. Ketika merancang sistem pembelian setempat, pertimbangkan ketersediaan masukan yang tepat dan kemampuan pemasok untuk meningkatkan pasokan. Nilai risiko inflasi dan keberlangsungan pasokan yang bermutu. Pantau dan mitigasi respons akibat buruk, termasuk pembelian pangan setempat dalam jumlah besar dan pembagian terhadap harga pasar. Pertimbangkan akibat pembelian pangan setempat dan impor terhadap ekonomi setempat. Ketika bekerja dengan sektor usaha, identifikasi dan tangani ketidaksetaraan gender dan bagi keuntungan secara adil. ⊕ Lihat "MERS Handbook".

Pemantauan: apakah produser sungguh menggunakan masukan yang diberikan seperti diniatkan. Tinjau mutu masukan dalam pengertian kinerjanya, penerimaannya, dan kesukaan produser. Evaluasi cara proyek berakibat pada ketersediaan pangan di tingkat rumah tangga. Sebagai contoh, pertimbangkan jumlah dan mutu pangan yang sudah disimpan, dikonsumsi, diperdagangkan atau diberikan. Bila tujuan proyek untuk meningkatkan produksi suatu jenis pangan khusus (produk ternak/ikan atau kacang-kacangan yang kaya protein), selidiki penggunaan produk-produk ini di rumah tangga. Termasuk suatu analisis keuntungan dari anggota keluarga yang berbeda, seperti perempuan, anak, warga lanjut usia dan penyandang disabilitas.

Penyimpanan setelah panen: Sejumlah perbandingan bermakna hasil produksi (diramalkan rata-rata 30%) tidak dapat digunakan setelah panen, karena hilang. Dukung penduduk terdampak untuk mengurangi kehilangan panen dengan mengelola penanganan, penyimpanan, pengolahan, pengemasan, pengiriman, pemasaran dan kegiatan setelah panen lainnya. Sarankan dan mampukan mereka menyimpan panen mereka, menghindari kelembaban dan racun Aflatoksin yang dihasilkan oleh jamur. Mampukan mereka untuk mengolah panen mereka, khususnya gandum.



Standar 7.2 Mata Pencaharian:**Pendapatan dan Pekerjaan**

Perempuan dan laki-laki menerima akses setara untuk mendapatkan pendapatan peluang yang tepat ketika upaya penghasilan pendapatan dan pekerjaan adalah strategi mata pencaharian yang layak.

Tindakan-tindakan kunci

- 1 Mendasarkan keputusan berdasarkan kegiatan-kegiatan mendapatkan pendapatan pada penilaian pasar peka gender.
 - Mengurangi risiko kurang gizi dan risiko kesehatan masyarakat lainnya dengan memastikan partisipasi pada peluang penghasilan pendapatan tidak melalaikan rawatan anak atau tanggung jawab rawatan lainnya.
 - Memahami tingkat biaya buruh untuk anggota komunitas dan upah minimum pemerintah untuk pekerjaan tanpa keterampilan dan dengan keterampilan.
- 2 Memilih jenis pembayaran (barang, tunai, kupon, pangan atau suatu kombinasi) berdasarkan suatu analisis partisipatoris.
 - Memahami kapasitas setempat, keamanan dan perlindungan keuntungan, kebutuhan segera, akses setara, sistem pasar yang ada dan kesukaan penduduk yang berdampak.
- 3 Mendasarkan tingkat pembayaran pada jenis pekerjaan, peraturan setempat, sasaran untuk pemulihan mata pencarian dan tingkat pembayaran yang berlaku dan yang disetujui di wilayah.
 - Mempertimbangkan upaya jejaring pengaman seperti tunai tanpa kondisi dan pemberian pangan untuk rumah tangga yang tidak dapat berpartisipasi dalam program kerja.
- 4 Mengadopsi pilihan dan mempertahankan lingkungan kerja yang aman dan terlindung.
 - Memantau risiko pelecehan seksual, diskriminasi, eksploitasi dan penyalahgunaan di tempat kerja dan merespons pengaduan dengan cepat.
- 5 Mempromosikan kemitraan dengan sektor usaha dan pemangku kepentingan lain untuk menciptakan peluang pekerjaan berkelanjutan.
 - Memberikan sumber modal setara untuk melancarkan pemulihan mata pencaharian.
- 5 Memilih peka lingkungan untuk peningkatan pendapatan bila mungkin.

Indikator-indikator kunci

Persentase penduduk yang disasar yang meningkat pendapatan bersihnya selama periode yang ditentukan.

Persentase rumah tangga dengan akses terhadap kredit

Persentase penduduk yang disasar yang menganekaragamkan kegiatan peningkatan pendapatannya.

Persentase penduduk yang disasar yang dipekerjakan (atau bekerja sendiri) dalam kegiatan mata pencarian berkelanjutan untuk sesuatu periode waktu yang ditentukan (6-12 bulan).

Persentase penduduk terdampak dengan akses fisik dan ekonomi terhadap pasar yang berfungsi dan/ atau layanan Dukungan Penghidupan lainnya (formal atau informal).

Catatan-catatan Panduan

Analisis: Suatu analisis peka gender mengenai kerja dan pasar mendasar untuk membenarkan dan menetapkan kegiatan-kegiatan, mempromosikan pemulihan dan ketangguhan, serta dampak berkelanjutan. Memahami peran rumah tangga dan tanggung-jawab penting untuk menangani biaya-biaya peluang, seperti pengasuhan untuk anak atau warga lanjut usia, atau mengakses layanan lain seperti pendidikan atau layanan kesehatan.

Gunakan perangkat yang ada untuk memahami pasar dan sistem ekonomi. Respons ketahanan pangan harus berdasarkan fungsi pasar sebelum dan sesudah krisis, serta potensinya untuk meningkatkan kondisi kehidupan untuk penduduk miskin. Diskusikan alternatif-alternatif atau adaptasi-adaptasi untuk kelompok berisiko (seperti kaum muda, penyandang disabilitas, perempuan hamil atau warga lanjut usia) di dalam kelompok yang disasar. Analisis keterampilan, pengalaman dan kapasitas mereka, serta risiko-risiko potensial dan strategi mitigasi. Galilah apakah anggota rumah tangga biasanya berpindah pada musim kerja. Pahami cara kelompok yang berbeda-beda penduduk terdampak mungkin memiliki akses terbatas terhadap pasar dan peluang-peluang mata pencarian, dan dukunglah mereka untuk mendapatkan akses.

Upaya jejaring pengaman: Beberapa perempuan dan laki-laki mungkin tidak dapat berpartisipasi dalam kegiatan peningkatan pendapatan, seperti sepasang warga lanjut usia. Krisis sendiri mungkin membuat itu tidak mungkin untuk yang lain berpartisipasi dalam pekerjaan karena perubahan dalam tanggung jawab atau status kesehatan. Upaya jejaring pengaman jangka pendek dapat mendukung kasus-kasus itu, dengan mengaitkannya pada sistem perlindungan sosial nasional yang ada. Penyampaian upaya jejaring pengaman harus mendukung distribusi sumber-sumber secara adil, memastikan perempuan dan anak perempuan mempunyai akses langsung terhadap sumber-sumber bila cocok. Pada saat yang sama, bekerja dengan penerima jejaring pengaman untuk menemukan cara-cara dengan mereka agar beralih ke kegiatan peningkatan pendapatan yang aman dan berkelanjutan. Bila mungkin, respons tunai harus dikaitkan dengan program jejaring pengaman yang ada sebagai bagian keberlanjutan dan strategi perlindungan sosial.

Pembayaran: Lakukan suatu analisis pasar sebelum melaksanakan setiap program kerja berbayar. Pembayaran mungkin secara tunai atau dalam bentuk bahan makanan atau suatu kombinasi dari hal ini dan harus memungkinkan rumah tangga yang rawan pangan memenuhi kebutuhannya. Komunikasikan sasaran proyek, harapan lembaga kemanusiaan terhadap pekerja, kondisi kerja penduduk yang bekerja dan jumlah serta proses pembayaran.

Buatlah pembayaran suatu insentif untuk warga untuk meningkatkan situasinya sendiri, daripada kompensasi terhadap pekerjaan dalam komunitas. Pertimbangkan kebutuhan beli warga dan dampak pemberian tunai atau pangan untuk menciptakan pendapatan



rumah tangga untuk memenuhi kebutuhan dasar seperti pendidikan, layanan kesehatan dan kewajiban sosial. Putuskan jenis dan tingkat pembayaran kasus per kasus. Pantau untuk memastikan semua perempuan dan laki-laki dibayar secara setara atas unit pekerjaan yang disepakati dan tidak ada diskriminasi terhadap kelompok tertentu.

Pertimbangkan dampak nilai penjualan ulang pada pasar setempat bila pembayaran dalam bentuk barang dan diberikan sebagai suatu transfer pendapatan. Kegiatan peningkatan pendapatan yang baru harus menguatkan daripada mengganti rentang sumber pendapatan yang ada. Pembayaran harus tidak memiliki suatu dampak negatif terhadap pasar kerja setempat, sebagai contoh dengan mengakibatkan inflasi upah, mengalihkan pekerjaan dari kegiatan lain atau merusak layanan masyarakat umum.

Daya beli: Pemberian tunai mungkin memiliki akibat ganda positif pada ekonomi setempat, tetapi juga dapat mengakibatkan inflasi setempat untuk barang-barang utama. Pembagian pangan dapat juga berdampak terhadap daya beli penduduk penerima bantuan. Daya beli terkait dengan suatu pangan yang diberikan atau kombinasi pangan memengaruhi apakah rumah tangga penerima memakan atau menjual bahan makanan itu. Beberapa bahan pangan (misalnya minyak) lebih mudah dijual dengan suatu harga yang baik daripada yang lain (misalnya pangan lunak). Bentuk suatu pemahaman penjualan dan pembelian pangan rumah tangga ketika menilai dampak lebih luas program pembagian pangan.

Keamanan kerja: Gunakan prosedur praktis untuk meminimalkan risiko kesehatan masyarakat atau pengobatan cedera. Sebagai contoh, berikan pelatihan, pakaian pelindung dan kotak pertolongan pertama bila perlu. Kurangi risiko paparan terhadap penyakit-penyakit menular dan HIV. Bentuk jalur akses aman ke tempat pekerjaan, berikan pekerja senter bila jalur tidak cukup penerangan. Gunakan bel, peluit dan radio untuk memberi peringatan adanya ancaman. Dorong perjalanan dalam kelompok dan hindari perjalanan setelah gelap. Pastikan semua peserta menyadari prosedur darurat dan dapat mengakses sistem peringatan dini. Perempuan dan anak perempuan harus dilindungi secara setara, dan setiap norma-norma diskriminatif di tempat bekerja harus ditangani.

Mengelola rumah tangga dan kewajiban keluarga: Bicaralah secara teratur dengan penduduk terdampak, termasuk perempuan dan laki-laki secara terpisah, pelajari kesukaan mereka dan prioritasnya terkait penghasilan pendapatan, peluang bekerja untuk mendapatkan uang tunai, dan kebutuhan rumah tangga dan keluarga. Diskusikan beban kerja dan setiap peningkatan ketegangan di dalam rumah karena perubahan dalam peran gender tradisional dan peningkatan kontrol perempuan terhadap aset.

Jadwal kegiatan bekerja untuk mendapatkan uang tunai harus mempertimbangkan kondisi fisik dan kegiatan rutin sehari-hari laki-laki dan perempuan serta secara budaya tepat. Sebagai contoh, mereka harus mempertimbangkan waktu beribadah dan hari libur umum. Jam kerja harus tidak bersaing dengan kebutuhan waktu penduduk. Program harus tidak mengalihkan sumber-sumber rumah tangga dari kegiatan-kegiatan produktif yang ada, atau harus merugikan akses ke pekerjaan lain atau pendidikan. Partisipasi dalam penghasilan pendapatan harus menghormati hukum nasional mengenai usia minimum pekerja. Ini biasanya tidak kurang dari usia menyelesaikan pendidikan wajib. Fasilitas rawatan anak dengan alokasi keuangan yang tepat dianjurkan di tempat bekerja ketika pengasuh dengan anak kecil berpartisipasi dalam program.

Manajemen lingkungan: Mendukung keerlibatan penduduk dalam kegiatan lingkungan seperti penanaman pohon, pembersihan kamp dan rehabilitasi lingkungan melalui program pangan untuk pekerjaan dan tunai untuk pekerjaan. Meski hanya sementara, kegiatan-kegiatan ini meningkatkan keterlibatan penduduk dalam lingkungan sekitar mereka.

Pertimbangkan akses dan keamanan lingkungan kerja. Pastikan setiap puing dibersihkan tidak mengandung bahan-bahan berbahaya. Program tunai untuk bekerja harus tidak melibatkan pembersihan di tempat pabrik atau manajemen limbah.

Promosikan produk bahan bangunan yang berkelanjutan secara lingkungan sebagai suatu kegiatan mendapatkan penghasilan dan memberikan pelatihan keterampilan yang sesuai. Latih penduduk dan dorong pembuatan kompos limbah yang dapat di-hancurkan secara biologis untuk digunakan sebagai pupuk.

Sektor usaha: Sektor usaha dapat memainkan suatu peran penting dalam melancarkan perlindungan mata pencarian dan pemulihan. Bila mungkin, bangun kemitraan untuk menciptakan peluang pekerjaan. Kemitraan ini juga dapat membantu untuk membentuk dan menumbuhkan perusahaan mikro, kecil dan medium. Inkubator usaha dan teknologi dapat memberikan modal keuangan dan peluang untuk alih pengetahuan. ⊕ Lihat "*MERS Handbook*".



Lampiran 1

Daftar Periksa Penilaian Ketahanan Pangan dan Mata Pencarian

Penilaian ketahanan pangan sering secara umum menggolongkan penduduk terdampak dalam pengelompokan mata pencaharian sesuai sumber-sumbernya, dan strategi untuk mendapatkan pendapatan atau pangan. Ini mungkin juga termasuk suatu pembagian penduduk sesuai kelompok atau tingkat kesejahteraan. Penting membandingkan situasi yang ada dengan riwayat ketahanan pangan sebelum krisis. Menggunakan istilah "rata-rata tahun normal" sebagai suatu data dasar. Pertimbangkan peran khusus dan kerentanan perempuan dan laki-laki, dan dampaknya terhadap ketahanan pangan rumah tangga.

Daftar periksa berupa pertanyaan di bawah ini mencakup wilayah luas untuk dipertimbangkan dalam suatu penilaian ketahanan pangan.

Ketahanan pangan kelompok mata pencarian

- Adakah kelompok di kalangan penduduk yang berbagi strategi mata pencaharian yang sama? Bagaimana ini dapat digolongkan sesuai dengan sumber utama pangan atau pendapatan mereka?

Ketahanan pangan sebelum krisis data dasar

- Bagaimana kelompok bermata pencarian berbeda mendapatkan pangan atau pendapatan sebelum krisis? Untuk suatu rata-rata tahunan dalam tahun lalu, apa sumber-sumber pangan dan pendapatan mereka?
- Bagaimana sumber-sumber pangan dan pendapatan mereka beragam sesuai musim dan geografis pada suatu tahun yang normal? Buatlah suatu kalender musim yang mungkin berguna.
- Apakah semua kelompok mendapatkan pangan yang cukup dengan mutu tepat agar dapat cukup gizi?
- Apakah semua kelompok memperoleh pendapatan cukup dengan cara yang tidak berbahaya agar mampu memenuhi kebutuhan dasar mereka? Pertimbangkan pangan, pendidikan, layanan kesehatan, sabun dan bahan rumah tangga lain, pakaian, dan masukan produktif seperti benih dan alat-alat. (Dua pertanyaan terakhir akan menandai apakah mereka memiliki masalah menahun. Masalah yang ada mungkin memburuk oleh karena suatu krisis. Respons tepat adalah dipengaruhi apakah masalah ini menahun atau akut.)
- Melihat kembali lima atau sepuluh tahun terakhir, bagaimana ketahanan pangan beragam dari tahun ke tahun? Buatlah suatu linimasa atau sejarah ketahanan pangan mungkin berguna.
- Apa jenis asset, simpanan atau cadangan lain yang dimiliki sendiri oleh kelompok mata pencarian yang berbeda? Contoh meliputi cadangan makanan, simpanan tunai, ternak yang dimiliki, investasi, kredit dan piutang yang belum ditagih.
- Selama suatu masa seminggu atau sebulan, apa pengeluaran rumah tangga yang dicakup? Apa perbandingan yang dikeluarkan untuk setiap bahan?

- Siapakah yang bertanggung jawab mengelola uang tunai dalam rumah tangga dan digunakan untuk apa?
- Bagaimana mengakses pasar terdekat untuk mendapatkan barang keperluan dasar? Pertimbangkan faktor-faktor seperti jarak, keamanan, kemudahan bergerak, ketersediaan dan akses informasi pasar, dan transportasi.
- Apakah tersedia dan berapa harga barang-barang keperluan dasar, misalnya pangan?
- Sebelum krisis, apakah istilah rata-rata perdagangan antara kebutuhan pokok (pangan, masukan pertanian, layanan kesehatan) dan sumber pendapatan (hasil panen yang dapat dijual, ternak, upah).

Ketahanan pangan selama krisis

- Bagaimana krisis 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 terhadap pemberi layanan keuangan, pasar, ketersediaan pasar dan harga-harga barang-barang kebutuhan pokok?
- Untuk kelompok mata pencarian yang berbeda, strategi bertahan apa saja yang tersedia, dan apa perbandingan warga yang berada dalam cakupan strategi tersebut? Bagaimana strategi tersebut berubah karena situasi sebelum krisis?
- Kelompok atau penduduk apa yang paling paling terkena dampak?
- Apa dampak jangka pendek dan dampak jangka panjang dari strategi bertahan tersebut pada kondisi penduduk dan aset lain?
- Untuk semua kelompok mata pencarian dan semua orang yang rentan, apa dampak dari strategi bertahan tersebut terhadap kesehatan, kesejahteraan secara umum, dan martabat mereka? Apakah ada risiko yang terkait dengan strategi bertahan tersebut?



Lampiran 2

Daftar Periksa Penilaian Keamanan Benih

Di bawah contoh pertanyaan-pertanyaan untuk penilaian keamanan benih. Penilaian keamanan benih harus mempertimbangkan perundang-undangan nasional mengenai benih hibrida dan varitas modifikasi genetiknya.

Keamanan benih sebelum krisis (data dasar)

- Apa tanaman petani yang paling penting? Apa tanaman yang mereka gunakan untuk – konsumsi, pendapatan, atau keduanya? Apakah tanaman-tanaman ini dapat tumbuh di setiap musim? Apa tanaman lain yang dapat menjadi penting di saat kondisi ada tekanan?
- Bagaimana petani biasanya mendapatkan benih atau bahan tanam lainnya untuk jenis tanaman tersebut? Pertimbangkan semua saluran.
- Apa parameter penyemaian untuk setiap jenis tanaman utama? Berapa luas rata-rata wilayah yang ditanami? Berapa tingkat penyemaian? Berapa tingkat perkalian (perbandingan jumlah benih yang dipanen dan yang digunakan untuk pertanaman)?
- Apakah ada varietas khusus yang lebih disukai atau dianggap lebih penting tertentu? (varietas yang beradaptasi terhadap cuaca setempat)?
- Apa masukan produksi yang penting untuk jenis varietas atau jenis tanaman tertentu?
- Siapa di dalam rumah tangga yang bertanggung jawab mengambil keputusan, mengurus tanaman dan menyiangi tanaman pada tiap tahapan berbeda produksi dan pasca-produksi?

Keamanan benih setelah sebuah krisis

- Apakah intervensi yang berhubungan dengan pertanian dianggap layak dari sudut pandang warga penerima manfaat?
- Apakah tanaman yang sangat terdampak oleh krisis? Haruskah berfokus pada tanaman ini? Mengapa atau mengapa tidak?
- 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 memadai untuk menuju ke ladang dan sarana produksi lainnya (pupuk, pelaksanaan, minuman ternak)?
- Apakah mereka siap untuk kembali terlibat dalam proses pertanian?

Menilai pasokan benih dan kebutuhan: cadangan rumah tangga

- Apakah jumlah benih yang diproduksi oleh rumah tangga tersedia untuk penyemaian? Ini meliputi benih dari seorang petani dari panennya sendiri dan benih yang potensial tersedia melalui jejaring sosial (sebagai contoh, tetangga)
- Apakah ini suatu tanaman yang masih ingin ditanam petani? Apakah diadaptasi ke kondisi setempat? Adakah suatu kebutuhan untuk itu?

- Apakah jenis yang tersedia melalui suatu produksi petani sendiri masih cocok untuk ditanam musim tanam berikutnya? Apakah mutu benih memenuhi standar normal petani?

Menilai pasokan benih dan kebutuhan: pasar setempat

- Apakah pasar-pasar secara umum berfungsi meskipun krisis (apakah hari pasar diadakan, apakah petani mampu pindah, menjual dan membeli secara bebas)?
- Berapakah volume benih atau bulir yang saat ini tersedia dibanding yang tersedia pada kondisi normal pada waktu yang sama selama musim sebelumnya?
- Apakah tanaman dan jenis yang petani temukan cocok untuk ditumbuhkan ditemukan di pasar?
- Berapakah harga pasar benih atau bulir dibanding harga pada waktu yang sama pada musim sebelumnya? Apakah ada suatu perbedaan harga, apakah besarnya seperti suatu masalah untuk petani?

Menilai pasokan benih dan kebutuhan: sektor formal

- Apakah tanaman dan jenis-jenis yang ditawarkan dari sektor formal mengadaptasi wilayah dengan tekanan khusus? Apakah ada bukti petani akan menggunakannya?
- Dapatkah benih sektor formal yang tersedia memenuhi kebutuhan yang dipicu oleh krisis? Ketika tidak, apa perbandingan kebutuhan petani yang akan mereka penuhi?



Lampiran3

Daftar Periksa Penilaian Gizi

Di bawah adalah contoh pertanyaan-pertanyaan untuk penilaian menguji penyebab dasar kurang gizi, risiko tingkat gizi dan kemungkinan untuk respons. Pertanyaan didasarkan pada kerangka kerja konseptual penyebab kurang gizi. ⊕ Lihat Gambar 7 Ketahanan pangan dan gizi: penyebab kurang gizi. Informasi seperti ini tersedia dari suatu beragam sumber-sumber. Pengumpulannya memerlukan beragam perangkat penilaian, termasuk wawancara sumber utama, pengamatan dan meninjau data sekunder.

Situasi sebelum kedaruratan

Apakah informasi yang sudah tersedia mengenai alam, besaran dan penyebab kurang gizi di antara warga terdampak. ⊕ Lihat Standar 1.1 Penilaian Ketahanan Pangan dan Gizi.

Risiko kurang gizi saat ini

Apakah risiko kurang gizi terkait berkurangnya akses pangan?

⊕ Lihat lampiran 1: Daftar Periksa Penilaian Ketahanan Pangan dan Mata Pencarian.

Apakah risiko kurang gizi dikaitkan dengan pemberian makan dan praktik asuhan bayi dan anak kecil?

- Adakah suatu perubahan dalam pekerjaan dan pola sosial (karena faktor seperti migrasi, pengungsian atau konflik bersenjata) berakibat terhadap peran dan tanggung jawab dalam rumah tangga?
- Adakah suatu perubahan dari komposisi normal rumah tangga? Apakah besar jumlah anak yang terpisah?
- Apakah lingkungan asuhan normal dikacaukan (sebagai contoh melalui pengungsian), mengakibatkan akses terhadap pengaruh sekunder, akses terhadap pangan atau akses terhadap air?
- Adakah bayi yang tidak diberi ASI? Adakah bayi yang diberi makanan buatan?
- Adakah bukti atau dugaan suatu penurunan praktik pemberian makanan bayi dalam krisis? Secara khusus, adakah suatu penurunan pengenalan menyusui atau tingkat menyusui eksklusif? Apakah ada suatu peningkatan pemberian makan buatan dan/atau ada peningkatan dalam perbandingan bayi yang tidak disusui?
- Apakah makanan pelengkap aman sesuai umur, gizi memadai, sarana menyiapkannya dapat diakses dengan bersih?
- Apakah ada bukti atau dugaan pembagian umum pengganti ASI seperti formula bayi, produk susu lain, botol dan dot, entah disumbang atau dibeli?
- Dalam komunitas peternak, apakah sudah lama gembala jauh dari anak kecil? Apakah akses terhadap susu berubah dari normal?
- Apakah HIV memengaruhi praktik rawatan di tingkat rumah tangga?
- Apakah perbandingan bahan pangan umum mengadaptasi kebutuhan warga lan-

jut usia dan warga dengan kesulitan makan? Evaluasi komposisi energinya dan isi zat gizi mikronya. Nilai penerimaan produk makanan (kelezatan, mampu dikunyah, dan mampu dicerna).

Apakah risiko kurang gizi terkait Kesehatan masyarakat yang buruk?

- Adakah laporan-laporan kejadian luarbiasa penyakit yang dapat mengakibatkan status gizi, seperti campak, atau penyakit diare akut? Adakah suatu risiko kejadian luar biasa (wabah) ini akan terjadi? ⊕ Lihat Standar 2.1 Layanan Kesehatan Dasar - Penyakit-penyakit Menular.
- Berapakah taksiran cakupan imunisasi campak pada penduduk terdampak? ⊕ Lihat Standar 2.2.1 Layanan Kesehatan Dasar - Kesehatan Anak
- Apakah Vitamin A rutin diberikan pada imunisasi campak? Apakah taksiran cakupan tambahan vitamin A?
- Adakah taksiran tingkat kematian (entah kasar atau di bawah 5 tahun)? Apakah taksiran dan apa metoda yang digunakan untuk membuatnya? ⊕ Lihat Konsep dasar dalam Kesehatan.
- Adakah, atau apakah akan ada, suatu penurunan bermakna dalam temperatur sekeliling yang akan berdampak terhadap prevalensi infeksi saluran napas akut atau kebutuhan energi penduduk terdampak?
- Adakah suatu prevalensi HIV yang tinggi?
- Apakah penduduk suatu rentan terhadap kurang gizi karena kemiskinan atau penyakit?
- Adakah kerumunan atau suatu risiko atau prevalensi tinggi tuberculosis?
- Adakah dilaporkan kasus penyakit non-menular seperti diabetes, arthritis, penyakit jantung dan pembuluh darah serta anemia?
- Apakah insiden malaria tinggi?
- Apakah penduduk terendam di air atau berpakaian basah atau terpapar pada kondisi lingkungan keras lainnya pada periode waktu yang lama?

Apakah struktur formal dan informal setempat yang saat ini ada yang mempunyai kemungkinan menyalurkan intervensi?

- Apakah kapasitas Kementerian Kesehatan, organisasi keagamaan, kelompok pendukung komunitas, kelompok penduduk menyusui atau LSM dengan suatu kehadiran jangka pendek atau jangka panjang di daerah krisis?
- Apakah intervensi gizi atau dukungan berbasis komunitas sudah di tempat dan diorganisir oleh komunitas setempat, perorangan, LSM, organisasi pemerintah, badan PBB atau lembaga kemanusiaan? Apakah kebijakan gizi (yang lalu, saat ini dan pernah), respons gizi jangka panjang yang direncanakan, program yang sudah dilaksanakan atau direncanakan sebagai respons situasi saat ini?



Lampiran 4

Mengukur Kurang Gizi Akut

Dalam situasi darurat gizi besar, mungkin perlu melibatkan bayi di bawah 6 bulan, perempuan hamil dan menyusui, anak lebih tua, remaja, orang dewasa dan warga lanjut usia dalam penilaian gizi atau program gizi.

Bayi berusia di bawah 6 bulan

Sementara penelitian untuk kelompok usia ini sedang berlangsung, hanya sedikit dasar bukti untuk menilai dan manajemen. Kebanyakan pedoman merekomendasikan definisi kasus antropometrik yang sama pada kasus kurang gizi akut bayi seperti 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 suatu penilaian pertumbuhan.

Peralihan dari referensi pertumbuhan Pusat Nasional Statistik Kesehatan (*National Center for Health Statistics, NCHS*) pada standar hasil pertumbuhan WHO 2006 di banyak kasus bayi berusia < 6 bulan tercatat sebagai kurus (*wasted*). Ini dapat menghasilkan lebih banyak bayi yang ikut dalam program pemberian makanan atau para pengasuh yang menjadi prihatin tentang kecukupan ASI eksklusif. Penting untuk menilai dan mempertimbangkan hal-hal berikut:

- Pertambahan panjang 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 lahir rendah)?
- Praktik pemberian makanan bayi - apakah bayi diberi ASI eksklusif?
- Status klinis - apakah bayi memiliki komplikasi medik atau kondisi yang dapat diobati atau yang dapat membuatnya berisiko tinggi?
- Faktor ibu - sebagai contoh, apakah ibu tidak mendapat dukungan keluarga atau apakah ibu depresi? Rawat inap untuk program pemberian makanan terapeutik harus menjadi suatu prioritas untuk bayi berisiko tinggi.

Anak-anak berusia 6–59 bulan

Tabel di bawah ini menunjukkan indikator yang banyak digunakan untuk berbagai kondisi kurang gizi untuk anak-anak berusia 6–59 bulan. Hitung *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 penelitian antropometrik. MUAC adalah kriteria independen untuk kurang gizi akut dan salah satu alat prediksi terbaik meramalkan kematian. Prevalensi MUAC yang rendah juga digunakan untuk meramalkan beban kasus pemberian makanan tambahan dan program perawatan terapeutik. Ukuran lingkaran lengan atas < 11,5cm sering digunakan untuk kekurangan gizi akut yang berat, dan 11,5 – < 12,5cm untuk kurang gizi akut sedang. Lingkaran lengan atas yang lebih tinggi juga sering digunakan, sebagai bagian dari proses penyaringan dua tahap. Ini tidak boleh digunakan sendiri dalam penelitian antropometrik, namun dapat digunakan sebagai kriteria tunggal untuk program pemberian makanan.

Kelompok usia	Kurang gizi akut global	Kurang gizi akut sedang	Kurang gizi akut berat
Anak-anak berusia 6-59 bulan	WFH <2 nilai Z dan atau MUAC <12,5 cm dan/ atau Edema gizi	WFH - 3 ke -2 nilai Z dan atau MUAC 11.5-12,5 cm	WFH < 3 Nilai Z dan/ atau MUAC <11,5 cm dan/ atau edema gizi
Warga lanjut usia	MUAC 21 cm	MUAC 18,5 - 21,0 cm	MUAC 18,5 cm
Perempuan hamil dan menyusui	MUAC <23 cm (mungkin < 210 mm dalam situasi tertentu)	MUAC 18,5-22,9 cm	MUAC <18,5 cm
Warga dewasa (termasuk warga hidup dengan HIV atau tuberculosi)	BMI <18,5	BMI 16-18,5	BMI <16

Anak berusia 5–19 tahun

Gunakan standar pertumbuhan WHO 2007 untuk menentukan status gizi anak berusia 5-19 tahun. Kurva data rujukan pertumbuhan ini sejajar ketat dengan standar pertumbuhan anak WHO untuk anak-anak berusia 6-59 bulan dan direkomendasikan juga memintasi orang dewasa. Pertimbangkan gunakan MUAC pada anak lebih besar dan remaja, khususnya dalam konteks HIV. Karena ini wilayah teknis suatu perkembangan, penting merujuk pedoman terakhir dan memutakhirkan hal-hal teknis.

Dewasa (20–59 tahun)

Tidak ada definisi yang disepakati mengenai kurang gizi akut pada orang dewasa, namun bukti menyarankan bahwa jalan pintas untuk kurang gizi akut berat adalah indeks massa tubuh (*Body Mass Index*) kurang dari 16, dan untuk kurang gizi akut ringan dan sedang lebih rendah daripada 18,5. Penelitian kurang gizi orang dewasa harus bertujuan untuk mengumpulkan data mengenai berat, tinggi dan tinggi sambil duduk dan pengukuran MUAC. Data ini dapat digunakan untuk menghitung BMI. BMI harus disesuaikan untuk indeks Cormic (perbandingan tinggi ketika duduk dengan tinggi saat berdiri) hanya untuk membuat perbandingan antara penduduk. Penyesuaian ini dapat mengubah prevalensi kurang gizi semu pada orang dewasa dan mempunyai akibat penting dalam perumusan program. Pengukuran MUAC harus selalu dilakukan. Ketika hasil segera diperlukan atau sumber sangat terbatas, penelitian mungkin berdasarkan pengukuran MUAC saja.

Ketiadaan validasi data hasil fungsional dan tolok ukur menyulitkan penafsiran hasil pengukuran antropometrik. Gunakan informasi situasi yang rinci ketika menafsirnya. Sebagai pedoman dalam penilaian ⊕ lihat Rujukan dan Bacaan Lebih Lanjut.

Ketika memeriksa perorangan untuk memasukkan atau mengeluarkan rawatan gizi, gunakan suatu kombinasi indeks antropometrik, tanda-tanda klinis (secara khusus kelemahan, berkurangnya berat akhir-akhir ini) dan faktor sosial (misalnya akses terhadap pangan, kehadiran pengasuh, hunian). Perhatikan bahwa edema pada orang dewasa dapat disebabkan oleh faktor selain kurang gizi dan para tenaga kesehatan harus menilai edema orang dewasa dengan menyingkirkan faktor-faktor lain. Lembaga kemanusiaan perorangan harus menetapkan indikator untuk menentukan kelayakan rawatan, mempertimbangkan kekurangan BMI, ketiadaan informasi mengenai MUAC dan dampak



program pada penggunaan Indikator-indikator. Ini adalah suatu wilayah teknis yang sedang dikembangkan, sehingga merujuk pada pedoman terakhir dan pemutakhiran teknis.

MUAC dapat digunakan sebagai suatu perangkat pemeriksaan perempuan hamil, sebagai contoh sebagai kriteria untuk masuk ke dalam suatu program pemberian makanan. Dengan tambahan kebutuhan gizi, perempuan hamil mungkin berisiko lebih tinggi daripada kelompok-kelompok lain di penduduk. MUAC tidak berubah bermakna selama kehamilan. Suatu MUAC kurang dari 20,7 cm menandakan suatu risiko berat hambatan pertumbuhan janin dan kurang dari 23 cm menandakan suatu risiko sedang. Disarankan jalan pintas titik untuk risiko beragam tergantung negara, tetapi berkisar dari 21 sampai 23 cm. Pertimbangkan kurang dari 21 cm sebagai suatu jalan pintas untuk pemilihan perempuan berisiko selama kedaruratan

Lanjut Usia

Saat ini tidak ada definisi yang disepakati mengenai kurang gizi pada warga lanjut usia, walaupun kelompok ini mungkin berisiko kurang gizi ketika krisis. WHO menyarankan agar ambang BMI untuk dewasa mungkin tepat untuk warga berusia di atas 60 tahun. Namun ketepatan pengukuran bermasalah sebab lengkung tulang belakang (bungkuk) dan kompresi tulang belakang. Jangkauan lengan atau setengah rentang (demi-span) dapat digunakan sebagai ganti tinggi, namun faktor perkalian untuk menghitung tinggi beragam sesuai dengan penduduk. Penilaian visual penting. MUAC mungkin suatu perangkat yang berguna untuk mengukur kurang gizi pada warga lanjut usia, namun penelitian mengenai jalan pintas yang tepat masih dalam proses.

Penyangang disabilitas

Tiada pedoman saat ini ada untuk pengukuran perorangan dengan disabilitas fisik. Ketiadaan pedoman ini sering mengeluarkan mereka dari penelitian antropometrik. Penilaian visual penting. Pengukuran MUAC mungkin keliru dalam kasus otot lengan atas mungkin berotot karena bantuan gerak. Ada alternatif terhadap pengukuran standar tinggi, termasuk lengan, panjang lengan atau setengah rentang (demi-span) atau panjang tungkai kaki bagian bawah. Ini penting untuk berkonsultasi dengan penelitian terakhir untuk menentukan cara yang paling tepat untuk mengukur penyangang disabilitas yang standar berat, tinggi dan pengukuran MUAC tidak cocok.

Lampiran 5

Mengukur Makna Kekurangan Zat Gizi Mikro bagi Kesehatan Masyarakat

Mendesak pengobatan kekurangan zat gizi mikro klinis orang per orang. Kasus perorangan kekurangan zat gizi klinis juga biasanya tanda suatu masalah yang mendasari kekurangan zat gizi mikro di tingkat penduduk. Mengukur dan mengklasifikasi kekurangan zat gizi mikro di tingkat penduduk penting untuk perencanaan dan pemantauan intervensi.

Uji biokimia memberikan suatu ukuran obyektif status zat gizi mikro. Namun pengumpulan contoh biologis untuk pengujian sering memberikan tantangan logistik, pelatihan staf, rantai dingin dan kadang-kadang penerimaan. Juga pengukuran biokimiawi tidak selalu sepeka dan sekhusus yang diperlukan. Bila kurang gizi akut, mungkin ada variasi tergantung waktu dalam sehari atau musim dalam tahun, ketika contoh dikumpulkan. Pengendalian mutu yang bagus penting dan harus selalu dipertimbangkan ketika memilih suatu laboratorium untuk pengujian contoh.

Ketika menilai status zat gizi mikro, pertimbangkan kemungkinan asupan berlebihan seperti juga kekurangan. Ini adalah keprihatinan tertentu ketika produk yang sangat difortifikasi atau tambahan digunakan untuk menangani kekurangan zat gizi mikro.

Kekurangan zat gizi mikro memiliki akibat yang berat pada kesehatan fisik dan jiwa warga lanjut usia, kekebalan tubuh dan kemampuan fungsional mereka.

Tabel di bawah memperlihatkan penggolongan makna kesehatan masyarakat kekurangan zat gizi mikro yang terpilih menggunakan indikator yang berbeda. Untuk informasi tentang uji biokimia dan ambang kesehatan masyarakat, konsultasikan tulisan terakhir atau minta saran spesialis.

Indikator kekurangan zat gizi mikro	Rekomendasi kelompok umur untuk penelitian prevalensi	Definisi suatu masalah kesehatan masyarakat	
		Beratnya	Prevalensi (%)
Kekurangan vitamin A			
Rabun senja (XN)	24-71 bulan	Ringan	0 <= 1
		Sedang	1 <= 5
		Berat	5
Bercak Bitot (X1B)	6-71 bulan	Tidak dijelaskan	>0,5
Kornea kering/ luka/ keratomalacia (X2, X3A, X3B)	6-71 bulan	Tidak dijelaskan	>0,01
Parut kornea (XS)	6-71 bulan	Tidak dijelaskan	>0,05
Serum retinol (< 0,7 Umol/L)	6-71 bulan	Ringan	2 <= 10
		Sedang	10 <= 20
		Berat	20



Kekurangan yodium			
Gondok (tampak dan teraba)	Anak usia sekolah	Ringan	5,0-19,9
		Sedang	20,0-29,9
		Berat	30,0
Konsentrasi yodium di air kencing tengah (mg/l)	Anak usia sekolah	Asupan berlebihan	>300
		Asupan memadai	100-199
		Kekurangan ringan	50-99
		Kekurangan sedang	20-49
		Kekurangan berat	<20
Kekurangan besi			
Anemia (perempuan tidak hamil hemoglobin < 12 g/dl; anak 6-59 bulan < 11,0 g/dl)	Perempuan, anak 6-59 bulan	Rendah	5-20
		Sedang	20-40
		Berat	40
Beri-beri (kekurangan vitamin B1)			
Tanda klinis	Seluruh penduduk	Ringan	1 kasus dan <1%
		Sedang	1-4
		Berat	5
Asupan diet (<0,33 mg/1,000kCal)	Seluruh penduduk	Ringan	5
		Sedang	5-19
		Berat	20-49
Kematian bayi	Bayi berusia 2-5 bulan	Ringan	Tidak ada peningkatan
		Sedang	Kenaikan puncak rata-rata
		Berat	Tanda puncak di tingkat kematian
Pellagra (kekurangan vitamin B-3)			
Tanda klinis (radang kulit) dalam penelitian kelompok umur	Seluruh penduduk atau perempuan > 15 tahun	Ringan	≥1 kasus dan 1%
		Sedang	1-4
		Berat	5
Asupan diet niacin setara <5 mg/hari	Seluruh penduduk atau perempuan > 15 tahun	Ringan	5-19
		Sedang	20-49
		Berat	50
Scurvy (kekurangan vitamin C)			
Tanda-tanda klinis	Seluruh penduduk	Ringan	1 kasus dan <1%
		Sedang	1-4
		Berat	5

Lampiran 6

Kebutuhan Gizi

Gunakan tabel di bawah ini untuk merencanakan pada tahap awal suatu krisis. Kebutuhan gizi minimum diberikan di dalam tabel harus digunakan untuk menilai pemberian pangan umum. Ini tidak ditujukan untuk menilai memadainya pemberian pangan tambahan atau terapeutik atau untuk menilai pembagian pangan pada kelompok khusus penduduk seperti penderitaan perorangan dari tuberkulosis atau warga hidup dengan HIV.

Gizi	Kebutuhan Minimum Penduduk
Energi	2,100 kCal
Protein	53 g (10% dari total energi)
Lemak	40 g (17% dari total energi)
Vitamin A	550 ug setara retinol aktif
Vitamin D	6,1 ug
Vitamin E	8,0 mg setara alpha-tocopherol
Vitamin K	48,2 ug
Vitamin B1 (thiamin)	1,1 mg
Vitamin B2 (riboflavin)	1,1 mg
Vitamin B3 (niacin)	13,8 mg setara niacin
Vitamin B6 (piridoksin)	1,2 mg
Vitamin B12 (kobalamin)	2,2 ug
Folat	36 ug setara folat diet
Pantotenat	4,6 mg
Vitamin C	41,6 mg
Besi	32 mg
Yodium	138 ug
Seng	12,4 mg
Tembaga	1,1 mg
Selenium	27,6 ug
Kalsium	989 mg
Magnesium	201 mg

Sumber: RNI dari FAO/WHO (2004), *Vitamin and Mineral Requirement in Human Nutrition, 2nd edition*, digunakan untuk penghitungan kebutuhan semua vitamin dan mineral, kecuali kebutuhan tembaga: kebutuhan tembaga diambil dari WHO (1996): *Trace elements in Human Nutrition and Health*.

Ini adalah kebutuhan minimum penduduk menggabungkan kebutuhan kelompok usia dan kedua jenis kelamin. Karena itu tidak khusus untuk umur tertentu atau kelompok jenis kelamin dan harus tidak digunakan untuk kebutuhan seorang warga. Ini didasarkan pada suatu profil demografis tertentu, asumsi mengenai temperatur lingkungan dan tingkat kegiatan penduduk. Ini juga mempertimbangkan kebutuhan tambahan perempuan hamil dan menyusui.



Kebutuhan yang diungkapkan sebagai rujukan asupan gizi (*reference nutrient intakes, RNI*) untuk semua zat gizi kecuali energi dan tembaga. Pemutakhiran dan penelitian lebih lanjut mengenai zat gizi makro dan mikro tersedia di Organisasi Pangan dan Pertanian Perserikatan Bangsa-Bangsa (*Food and Agriculture Organization*) dan situs WHO.

Sesuaikan kebutuhan energi penduduk (ke atas atau ke bawah) untuk hal-hal berikut:

- struktur demografis penduduk, secara khusus persentase anak di bawah usia 5 tahun, persentase perempuan dan warga usia lanjut, remaja;
- nilai tengah berat warga dewasa dan aktual, biasanya atau berat badan yang diinginkan;
- tingkat kegiatan untuk mempertahankan hidup produktif (kebutuhan akan meningkat bila tingkat kegiatan melampaui "ringan", atau 1,6 x tingkat metabolisme dasar);
- temperatur lingkungan rata-rata, dan hunian serta kapasitas pakaian (kebutuhan akan meningkat ketika temperatur lingkungan rata-rata kurang dari 20°C;
- status gizi dan kesehatan penduduk (kebutuhan akan meningkat ketika penduduk kurang gizi dan kebutuhan tambahan untuk pertumbuhan. Prevalensi HIV mungkin berakibat pada kebutuhan rata-rata penduduk. Sesuaikan perbandingan umum untuk memenuhi kebutuhan ini, berdasarkan suatu analisis situasi dan rekomendasi internasional saat ini).

Untuk pedoman menghitung penyesuaian, ⊕lihat *UNHCR, UNICEF, WFP and WHO (2002), Food and Nutrition Needs in Emergencies* dan *WFP(2001), Food and Nutrition Handbook* sebagai pedoman untuk menghitung penyesuaian.

Bila tidak mungkin memperoleh informasi ini dari penilaian, gunakan angka di tabel di atas sebagai kebutuhan minimum.

Untuk memahami struktur penduduk, pilah jenis kelamin, usia dan kriteria lain yang diperlukan, gunakan data dasar nasional atau rujuk ke *World Population Prospects*: <https://esa.un.org/unpd/wpp/>

Rujukan dan Bacaan Lanjut

Umum

Child Protection Minimum Standards (CPMS). Global Child Protection Working Group, 2010. <http://cpwg.net>

Emergency Preparedness and Response Package. WFP, 2012. <http://documents.wfp.org>

Harvey, P. Proudlock, K. Clay, E. Riley, B. Jaspars, S. Food Aid and Food Assistance in Emergencies and Transitional Contexts: A Review of Current Thinking. Humanitarian Policy Group, 2010.

Humanitarian inclusion standards for older people and people with disabilities. Age and Disability Consortium, 2018. www.refworld.org

IASC Framework on Durable Solutions for Internally Displaced Persons. IASC, 2010.

Lahn, G. Grafham, O. Heat, Light and Power for Refugees: Saving Lives, Reducing Costs. Chatham House, 2015. <https://www.chathamhouse.org>

Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS). LEGS Project, 2014. <https://www.livestock-emergency.net>

Minimum Economic Recovery Standards (MERS). SEEP Network, 2017. www.seepnetwork.org

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Assistance. CPWG, 2016. <http://cpwg.net>

Minimum Standards for Education: Preparedness, Recovery and Response. The Inter-Agency Network for Education in Emergencies [INEE], 2010. www.ineesite.org

Minimum Standard for Market Analysis (MISMA). The Cash Learning Partnership (CaLP), 2017. www.cashlearning.org

Pejic, J. The Right to Food in Situations of Armed Conflict: The Legal Framework. International Review of the Red Cross, 2001. <https://www.icrc.org>

Safe Fuel and Energy Issues: Food Security and Nutrition. Safe Fuel and Energy, 2014. www.safefuelandenergy.org

The Right to Adequate Food (Article 11: 12/05/99. E/C 12/1999/5, CESCR General Comment 12). United Nations Economic and Social Council, 1999. www.ohchr.org

The Sendai Framework for Disaster Risk Reduction. UNISDR. <https://www.unisdr.org>

Penilaian

RAM-OP: Rapid Assessment Method for Older People. www.helpage.org

SMART (Standardized Monitoring and Assessments of Relief and Transition) Guidelines and Methodology. SMART. <http://smartmethodology.org>

Gizi

Castleman, T. Seumo-Fasso, E. Cogill, B. Food and Nutrition Implications of Antiretroviral Therapy in Resource Limited Settings, Food and Nutrition Technical Assistance, technical note no. 7. FANTA/AED, 2004.

Chastre, C. Duffield, A. Kindness, H. LeJeane, S. Taylor, A. The Minimum Cost of Diet: Findings from piloting a new methodology in Four Study Locations. Save the Children UK, 2007. <https://resourcecentre.savethechildren.net>



Codex Alimentarius. Standards, Guidelines and Advisory Texts. FAO and WHO. www.fao.org

Food and Nutritional Needs in Emergencies. WHO, UNHCR, UN Children's Fund, WFP, 2004. www.who.int

International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes. WHO, 1981. www.who.int

Manajemen kurang gizi akut

Black, RE. Allen, LH. Bhutta, ZA. Caulfield, LE. de Onis, M. Ezzati, M. Mathers, C. Rivera, J. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. The Lancet, vol. 371, no. 9608, 2008, pp. 243–260. https://doi.org

Cara-cara partisipatoris

Bonino, F. What Makes Feedback Mechanisms Work. ALNAP, 2014.

Pemberian makan bayi dan anak kecil

Child Growth Standards and the Identification of Severe Acute Malnutrition in Infants and Children. WHO, 2009.

Early Childhood Development in Emergencies: Integrated Programme Guide. UNICEF, 2014. https://www.unicef.org

Integrating Early Childhood Development Activities into Nutrition Programmes in Emergencies: Why, What and How? UNICEF & WHO Joint statement, 2010. www.who.int

Operational Guidance on Infant and Young Child Feeding in Emergencies. IFE Core Group, 2017. https://www.enonline.net

Anak-anak

Growth reference for school-aged children and adolescents. WHO, 2007. www.who.int

Ketahanan Pangan

Coping Strategies Index: CSI Field Methods Manual. CARE, 2008.

Caccavale, O. Flämig, T. Collecting Prices for Food Security Programming. World Food Programme, 2015. http://documents.wfp.org

Coates, J. Swindale, A. Bilinsky, P. Household Food Insecurity Access Scale (HFIAS) for Measurement of Food Access, Indikator Guide, Version 3. FANTA, 2007.

Food Safety and Quality. FAO and WHO. www.fao.org

Food Security Cluster Urban Group Tools and Pilot Projects. Food Security Cluster. http://fscluster.org

Food Security Cluster Core Indikator Handbook. Food Security Cluster. http://fscluster.org Humanitarian, Impact areas. Global Alliance for Clean Cookstoves, 2018. http://clean-cookstoves.org

Integrated Food Security Phase Classification (IPC) 2018 – Technical Manual Version 3. IPC Global Partners, 2018.

Save Food: Global Initiative on Food Loss and Waste Reduction – Extent, Causes and Reduction. FAO and WHO. http://www.fao.org

Swindale, A. Bilinsky, P. Household Dietary Diversity Score (HDDS) for Measurement of Household Food Access: Indikator Guide, Version 2. FANTA, 2006.

Technical Guidance Note: Food Consumption Score Nutritional Quality Analysis (FCS-N). WFP, 2015. <https://www.wfp.org>

Tier ranking from the IWA interim ISO standards. Global Alliance for Clean Cookstoves. <http://cleancookstoves.org>

Voluntary Guidelines to Support the Progressive Realization of the Right to Adequate Food in the Context of National Food Security. Committee on World Food Security, 2005.

Bantuan Pangan

Guide to Personal Data Protection and Privacy. WFP, 2016. <https://docs.wfp.org>

Integrated Protection and Food Assistance Programming. ECHO-DG, Final Draft. <https://reliefweb.int>

NutVal 2006 version 2.2: The planning, calculation, and monitoring application for food assistance programme. UNHCR, WFP, 2006. www.nutval.net

Protection in Practice: Food Assistance with Safety and Dignity. UN-WFP, 2013. <https://reliefweb.int>

Revolution : From Food Aid to Food Assistance – Innovations in Overcoming Hunger. WFP, 2010. <https://documents.wfp.org>

Intervensi benih

Seed System Security Assessment (SSSA). CIAT and DEV, 2012. <https://seedssystem.org>

Seeds in Emergencies: A Technical Handbook. FAO, 2010. www.fao.org

Seed Vouchers and Fairs: A Manual for Seed-Based Agricultural Recovery in Africa. CRS with ODI and the International Crops Research Institute for the Semi-Arid Tropics, 2002.

Sperling, L. Remington, T. Haugen, JM. *Seed Aid for Seed Security: Advice for Practitioners, Practice Briefs 1-10.* International Centre for Tropical Agriculture and CRS, 2006.

Pasar dan Bantuan Tunai

CaLP CBA quality toolbox: pqtoolbox.cashlearning.org

Cash and Vouchers Manual. WFP, 2014. <https://www.wfp.org>

E-Transfers in Emergencies: Implementation Support Guidelines. CaLP, 2013. www.cash-learning.org

Emerging Good Practice in the Use of Fresh Food Vouchers. ACF International, 2012. www.actionagainsthunger.org

Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action. IASC, 2015. www.gbvguidelines.org



Gender

Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action. IASC, 2015. www.gbvguidelines.org

Researching Violence Against Women: A Practical Guide for Researchers and Activists. WHO and Program for Approlaki-lakite Technology in Health (PATH), 2005. www.who.int

Penyandang disabilitas

Including Children with Disabilities in Humanitarian Action, Nutrition booklet. UNICEF. <http://training.unicef.org>

Module on Child Functioning and Disability. UNICEF, 2018. <https://data.unicef.org>

Mata Pencarian

CLARA: *Cohort Livelihoods and Risk Analysis*. Women's Refugee Commission, 2016. <https://www.womensrefugeecommission.org>

Sustainable Livelihoods Guidance Sheets. DFID, 2000. <http://www.livelihoodscentre.org>

Lingkungan

Flash Environmental Assessment Tool. UNOCHA. www.eecentre.org

Handbook on Safe Access to Firewood and Alternative Energy. WFP, 2012.

Integrated Food Security Phase Classification (IPC) 2018 – Technical Manual Version 3. IPC Global Partners, 2018.

Lahn, G. Grafham, O. *Heat, Light and Power for Refugees: Saving Lives, Reducing Costs*. Chatham House, 2015. <https://www.chathamhouse.org>

Moving Energy Initiative. Chatham House, 2018. <https://mei.chathamhouse.org>

Bacaan lebih lanjut

Untuk bacaan lebih lanjut silahkan ⊕ lihat di www.spherestandards.org/handbook/online-resources

Penilaian awal

Joint Assessment Mission (JAM): Guidelines Second Edition. UNHCR/WFP, 2009.

Multi-sector Initial Rapid Assessment (MIRA) Tool. IASC, 2015.

Technical Guidance for the Joint Approach to Nutrition and Food Security Assessment (JANFSA). WFP and UNICEF, 2016.

Penilaian ketahanan pangan

Alternative Sampling Designs for Emergency Settings: A Guide for Survey Planning, Data Collection and Analysis. FANTA, 2009. www.fantaproject.org/publications/asg2009.shtml

Comparing Household Food Consumption Indicators to Inform Acute Food Insecurity Phase Classification. FANTA, 2015. <https://www.fantaproject.org/sites/default/files/resources/HFCIS-report-Dec2015.pdf>

Crop and Food Security Assessment Mission (CFSAM) Guidelines. FAO and WFP, 2009. www.wfp.org/food-security/assessments/crop-food-security-assessment-mission

Comprehensive Food Security and Vulnerability Analysis (CFSVA) Guidelines. WFP, 2009.

Emergency Food Security Assessment Handbook (EFSA) – second edition. WFP, 2009.

Household Livelihood Security Assessments: A Toolkit for Practitioners. CARE, 2002.

Vulnerability and Capacity Assessment Guide. IFRC. www.ifrc.org/vca

The Household Economy Approach: A Guide for Programme Planners and Policy-makers. Save the Children, 2008.

Penilaian Keamanan Benih

Longley, C. Dominguez, C. Saide, M.A. Leonardo, W.J. *Do Farmers Need Relief Seed? A Methodology for Assessing Seed Systems*. Disasters, NCBI, 2002.

Sperling, L. *When Disaster Strikes: A guide to Assessing Seed System Security*. International Center for Tropical Agriculture, 2008.

Penilaian mata pencarian

Jaspers, S. Shoham, J. *A Critical Review of Approaches to Assessing and Monitoring Liveli-*

hoods in Situations of Chronic Conflict and Political Instability. ODI, 2002.

Matrix on Agency Roles and Responsibilities for Ensuring a Coordinated, Multi-Sectoral Fuel Strategy in Humanitarian Settings. Version 1.1. Task Force on Safe Access to Firewood and Alternative Energy in Humanitarian Settings. IASC, 2009.

Pasar

Adams, L. *Learning from Cash Responses to the Tsunami: Final Report, HPG background paper*. HPG, 2007. <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/4860.pdf>

Cash, Local Purchase, and/or Imported Food Aid? Market Information and Food Insecurity Response Analysis. CARE, 2008.

Creti, P. Jaspars, S. *Cash Transfer Programming in Emergencies*. Oxfam GB, 2006.

Delivering Money: Cash Transfer Mechanisms in Emergencies. Save the Children UK, Oxfam GB and British Red Cross, with support from ECHO, CaLP, 2010.

Harvey, P. *Cash and Vouchers in Emergencies*, HPG background paper. ODI, 2005.

Implementing Cash-Based Interventions: A guide for aid workers. Action contre la faim, 2007.

Minimum Standard for Market Analysis (MISMA). CaLP, 2013.

Mike, A. *Emergency Market Mapping and Analysis (EMMA) toolkit*. Oxfam GB, 2010.

Multi-Sector Initial Rapid Assessments (MIRA) Guidance. IASC, 2015.

Konsumsi makanan

Food Consumption Analysis: Calculation and Use of the Food Consumption Score in Food Security Analysis. Technical Guidance Sheet. WFP, 2008. www.wfp.org/content/technical-guidance-sheet-food-consumption-analysis-calculation-and-use-food-consumption-score-food-s

Household Dietary Diversity Score (HDDS). Food and Nutrition Technical Assistance Project, 2006.

Reference Nutrient Intake (RNI) publications. WHO. www.who.int/nutrition/publications/nutrient/en/ and www.who.int/elena/nutrient/en/

Metodologi partisipatif

Climate Vulnerability and Capacity Analysis Handbook. CARE, 2009.

Climate Change and Environmental Degradation Risk and Adaptation Assessment (CEDRA). Tearfund, 2009.

How to do a Vulnerability and Capacity Assessment (VCA), a step-by-step guide for Red Cross and Red Crescent Staff and Volunteers. IFRC, 2007.

Participatory Vulnerability Analysis. ActionAid, 2004.

Sistem informasi ketahanan pangan dan gizi

Famine Early Warning Systems Network. USAID. www.fews.net

Food Insecurity and Vulnerability Information and Mapping Systems (FIVIMS). FIVIMS, 2013. www.fao.org/3/a-x8346e.pdf

Global Information and Early Warning System on Food and Agriculture. FAO. www.fao.org/ES/gIEWS/english/index.htm

Integrated Food Security Phase Classification, Technical Manual. Version 1.1. IPC Global partners and FAO, 2008. www.fao.org/docrep/010/i0275e/i0275e.pdf



Shoham, J. Watson, F. Dolan, C. *The Use of Nutrition Indicators in Surveillance Systems*, Technical paper 2. ODI, 2001. <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/3970.pdf>

Penilaian Anthropometri

A Manual: Measuring and Interpreting Malnutrition and Mortality. Centers for Disease Control and Prevention and WFP, 2005.

Assessment of Adult Undernutrition in Emergencies. Report of an SCN working group on emergencies special meeting, pp. 49–51. UN ACC Sub Committee on Nutrition, 2001.

Collins, S. Duffield, A. Myatt, M. *Adults: Assessment of Nutritional Status in Emergency-Affected Populations*. ACC, Sub-Committee on Nutrition, 2000. https://www.unscn.org/web/archives_resources/files/AdultsSup.pdf

Emergency Nutrition Assessment and Guidance for Field Workers. Save the Children UK, 2004.

Young, H. Jaspars, S. *The Meaning and Measurement of Acute Malnutrition in Emergencies: A Primer for Decision Makers*. HPN, 2006. <https://odihpn.org/resources/the-meaning-and-measurement-of-acute-malnutrition-in-emergencies-a-primer-for-decision-makers/>

Penilaian zat gizi mikro

Gorstein, J. Sullivan, K.M. Parvanta, I. Begin, F. *Indicators and Methods for Cross Sectional Surveys of Vitamin and Mineral Status of Populations*. Micronutrient Initiative and CDC, 2007. www.who.int/vmnis/toolkit/mcn-micronutrient-surveys.pdf

Penilaian pemberian makan bayi dan anak kecil

Infant and young child feeding practices, Collecting and Using Data: A Step-by-Step Guide. CARE, 2010. www.enonline.net/resources

Pemberian makan bayi dan anak kecil

Baby Friendly Spaces Manual, Chapter 4 Feeding of the Non-Breastfed Infant. ACF International, 2014.

ECHO Infant and Young Children Feeding in Emergencies: Guidance for Programming. https://ec.europa.eu/echo/files/media/publications/2014/toolkit_nutrition_en.pdf

Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. UNICEF and WHO, 2003.

Guidance on Infant Feeding and HIV in the Context of Refugees and Displaced Populations. UNHCR, 2009. www.ibfan.org/art/367-6.pdf

Guiding Principles for Feeding Infants and Young Children during Emergencies. WHO, 2004.

Global Nutrition Targets 2025, Breastfeeding Policy Brief. WHO/UNICEF, 2014 www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_breastfeeding/en/

HIV and Infant Feeding: Principles and Recommendations for Infant Feeding in the Context of HIV and a Summary of Evidence. WHO, 2010.

IFE Module 1: Orientation package on IFE. IFE Core Group and collaborators, 2009. www.enonline.net/ifemodule1

Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practices. USAID, AED, FANTA, IFPRI, UNICEF and WHO, 2007.

Infant and Young Child Feeding Practices: Standard Operating Procedures for the Handling of Breast Milk Substitutes in Refugee Children 0–23 months and the Annex. UNHCR, 2015. www.unhcr.org/55c474859.pdf

Module 2 on Infant Feeding in Emergencies for health and nutrition workers in emergency situations. IFE Core Group and collaborators, 2007. www.enonline.net/ifemodule2

Protecting infants in emergencies, Information for the media. IFE Core Group, 2009. www.enonline.net/ifecoregroup

UNICEF Programming Guide on Infant and Young Child Feeding 2011. www.unicef.org/nutrition/files/Final_IYCF_programming_guide_2011.pdf

Ketahanan pangan umum

Barrett, C. Maxwell, D. *Food Aid After Fifty Years: Recasting Its Role.* Routledge, New York, 2005. <https://www.gordon.edu/ace/pdf/F06F&E4748BR5McNamara.pdf>

Food and Nutrition Needs in Emergencies. UNHCR, UNICEF, WFP and WHO, 2002.

Food Assistance Manual Series, General Distribution. World Vision International, 2017.

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. IASC, 2005.

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action. Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, 2012. <https://resourcecentre.savethechildren.net/library/minimum-standards-child-protection-humanitarian-action>

Maxwell, D. Sadler, K. Sim, A. Mutonyi, M. Egan, R. Webster, M. *Emergency Food Security Interventions, Good Practice Review #10.* Relief and Rehabilitation Network, ODI, 2008. <https://www.enonline.net/attachments/882/hpn-emergency-food-security-interventions.pdf>

The Right to Adequate Food: Fact Sheet No.34. OHCHR and FAO, 2010. www.ohchr.org/Documents/Publications/FactSheet34en.pdf

Penargetan dan distribusi makanan

Catalogue and Standard Operating Procedures. UN Humanitarian Response Depot, 2010. www.unhrd.org

Food Quality Control. WFP, 2010. <http://foodqualityandsafety.wfp.org/>

Food Storage Manual. Natural Resources Institute and WFP, 2003.

Food Assistance Main Manual, Third edition. World Vision International, 2017.

Food Assistance in the Context of HIV: Ration Design Guide. WFP, 2008.

Food Resource Management Handbook. CARE.

Jaspars, S. Young, H. *General Food Distribution in Emergencies: From Nutritional Needs to Political Priorities, Good Practice Review 3.* Relief and Rehabilitation Network, ODI, 1995.

Logistics Operational Guide. WFP, Logistics Cluster, 2010.

School Feeding Quality Standards. WFP, 2009.

Targeting in Emergencies. WFP, 2006.

UNHCR Handbook for Registration. UNHCR, 2003.



Manual gizi darurat umum

A Toolkit for Addressing Nutrition in Emergency Situations. IASC, 2008.

Food and Nutrition Needs in Emergencies. UNHCR, UNICEF, WFP and WHO, 2002.

Food and Nutrition Handbook. WFP, 2001.

Guidelines for Selective Feeding the Management of Malnutrition in Emergencies. UNHCR and WFP, 2009.

Harmonised Training Package (HTP). IASC Nutrition Cluster's Capacity Development Working Group, 2006.

Khara, T. Dolan, C. Technical Briefing Paper: The Relationship between Wasting and Stunting, Policy, Programming and Research Implications. ENN, 2014.

Moderate Acute Malnutrition: A Decision Tool for Emergencies. GNC MAM Task Force, 2014.

Prudhon, C. Assessment and Treatment of Malnutrition in Emergency Situations. ACF, 2002.

The Management of Nutrition in Major Emergencies. WHO, 2000.

Warga rentan

Addressing the Nutritional Needs of Older People in Emergency Situations in Africa: Ideas for Action. HelpAge International, 2001. <http://nutritioncluster.net/wp-content/uploads/sites/4/2015/06/Nutrition-FINAL.pdf>

Food Assistance Programming in the Context of HIV. FANTA and WFP, 2007.

Living Well with HIV and AIDS. A Manual on Nutritional Care and Support for People Living with HIV and AIDS. FAO and WHO, 2002.

Older People in Disasters and Humanitarian Crisis. HelpAge and UNHCR, 2007.

Women, Girls, Boys and Men: Different Needs – Equal Opportunities. IASC, 2006.

Winstock, A. The Practical Management of Eating and Drinking Difficulties in Children. Winslow Press, 1994.

Manajemen kurang gizi akut

Community Based Therapeutic Care (CTC): A Field Manual. VALID International, 2006.

Community-Based Management of Severe Acute Malnutrition. WHO, WFP, UNSCN and UNICEF, 2007.

Integration of IYCF support into CMAM. ENN, IFE Core Group and collaborators, 2009. www.ennonline.net/resources

MAMI Report, Technical Review: Current Evidence, Policies, Practices & Program Outcomes. ENN, CIHD and ACF, 2010.

Management of Severe Malnutrition: A Manual for Physicians and Other Senior Health Workers. WHO, 1999.

Navarro-Colorado, C. Mason, F. Shoham, J. Measair kemihg the Effectiveness of SFP in Emergencies. HPN, 2008.

Navarro-Colorado, C. Shoham, J. Supplementary Feeding Minimum Reporting Package. HPN, Forthcoming.

Training Guide for Community-based Management of Acute Malnutrition. FANTA, 2008.

Defisiensi zat gizi mikro

Guiding Principles for the Use of Multiple Vitamin and Mineral Preparations in Emergencies. WHO and UNICEF, 2007.

Iron Deficiency Anaemia: Assessment, Prevention and Control. A Guide for Program Managers. UNICEF, UNU and WHO, 2001.

Pellagra and Its Prevention and Control in Major Emergencies. WHO, 2000.

Seal, A. Prudhon, C. *Assessing Micronutrient Deficiencies in Emergencies: Current Practice and Future Directions.* UN Standing Committee on Nutrition, 2007. <https://www.enonline.net/attachments/893/micronutrientssup.pdf>

Scurvy and Its Prevention and Control in Major Emergencies. WHO, 1999.

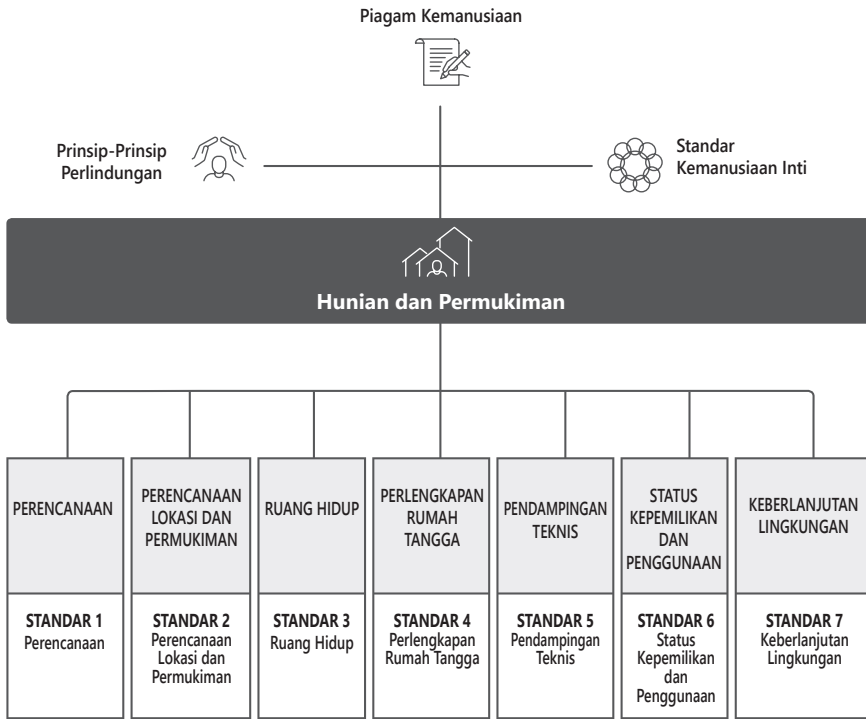
Thiamine Deficiency and Its Prevention and Control in Major Emergencies. WHO, 1999.

Vitamin A Supplements: A Guide to Their Use in the Treatment and Prevention of Vitamin A Deficiency and Xerophthalmia, Second Edition. WHO, 1997.





Hunian dan Permukiman



- LAMPIRAN 1** Daftar Periksa Penilaian Hunian dan Permukiman
- LAMPIRAN 2** Deskripsi Skenario Permukiman
- LAMPIRAN 3** Karakteristik Tambahan dari Skenario Permukiman
- LAMPIRAN 4** Jenis-jenis Bantuan
- LAMPIRAN 5** Bentuk-bentuk Pelaksanaan
- LAMPIRAN 6** Jenis Bantuan dan Bentuk Pelaksanaan Potensial yang Berhubungan dengan Skenario Permukiman

Daftar Isi

Konsep Utama dalam Hunian dan Permukiman.....	250
Standar-standar Hunian dan Permukiman:	254
1. Perencanaan	256
2. Perencanaan lokasi dan permukiman	260
3. Ruang hidup	265
4. Perlengkapan Rumah Tangga	269
5. Pendampingan Teknis.....	273
6. Status Kepemilikan dan Penggunaan.....	277
7. Keberlanjutan Lingkungan	281
Lampiran 1: Daftar Periksa Penilaian Hunian dan Permukiman	285
Lampiran 2: Deskripsi Skenario Permukiman	289
Lampiran 3: Karakteristik Tambahan dari Skenario Permukiman	291
Lampiran 4: Jenis-jenis Bantuan	293
Lampiran 5: Bentuk-bentuk Pelaksanaan	296
Lampiran 6: Jenis Bantuan dan Bentuk Pelaksanaan Potensial yang Berhubungan dengan Skenario Permukiman (daring)	298
Referensi dan Bacaan lebih Lanjut	300



Konsep Utama dalam Hunian dan Permukiman

Semua memiliki hak akan hunian yang layak

Standar-standar Minimum Sphere untuk Hunian dan Permukiman adalah sebuah pengejawantahan dari pengakuan terhadap hak akan hunian yang layak dalam konteks kemanusiaan. Standar tersebut lahir dari keyakinan, prinsip, kewajiban dan hak-hak dalam konteks yang lebih luas, yang tertuang dalam Piagam Kemanusiaan. Hal ini termasuk hak hidup bermartabat, hak atas perlindungan dan keamanan, dan hak untuk mendapatkan bantuan kemanusiaan berdasarkan kebutuhan.

Untuk daftar dokumen kunci terkait hukum dan kebijakan mengenai Piagam Kemanusiaan beserta penjelasan lanjutan untuk pekerja kemanusiaan, Lihat pada Lampiran 1 dengan penjelasan bagi pekerja kemanusiaan.

Hunian dan permukiman adalah dua hal yang saling berkaitan dan perlu ditangani sebagai satu-kesatuan. "Hunian" mengacu pada ruang hidup dalam sebuah tempat tinggal, termasuk hal-hal yang menunjang kehidupan keseharian. Sementara "permukiman" berkaitan dengan lokasi dalam konteks yang lebih luas, di mana tempat orang atau komunitas tersebut hidup.

Respons terkait hunian dan permukiman bertujuan untuk menghadirkan lingkungan hidup yang aman

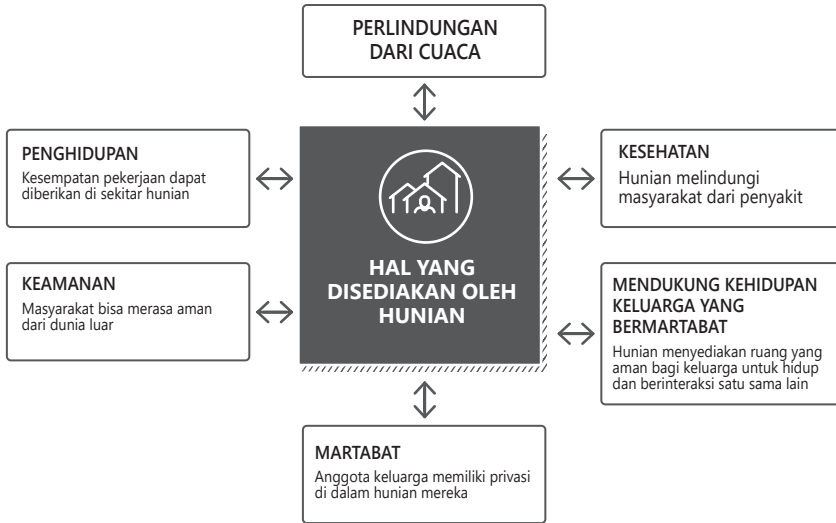
Dukungan terkait hunian dan permukiman tepat waktu dapat menyelamatkan nyawa pada tahap awal sebuah krisis. Selain memberikan perlindungan terhadap cuaca, hunian sangat penting dalam menunjang kesehatan, mendukung kehidupan berkeluarga dan bermasyarakat, serta mengembalikan martabat, keamanan dan akses terhadap penghidupan. ☉ lihat *Gambar 8 di bawah*.

Rata-rata waktu yang dihabiskan orang dalam pengungsian semakin meningkat setiap tahunnya. Dalam sebuah kondisi pengungsian yang bertahan sampai tahunan atau bahkan puluhan tahun, penentuan lokasi hunian dan permukiman, dan juga perencanaan lingkungan dan komunitas di permukiman tersebut, menjadi sangat penting. Hal ini terkait untuk mendukung martabat dan proses pemulihan masyarakat yang terdampak krisis.

Bantuan hunian dan permukiman sepatutnya dilaksanakan berdasarkan, dan juga mendukung, kemampuan yang dimiliki oleh rumah tangga yang terdampak, komunitas, masyarakat sipil dan pemerintah. Hal ini dapat menunjang terbentuknya sebuah strategi berbasis lokal, yang mendorong kemampuan swadaya dan swakelola dari masyarakat terdampak. Kemampuan tersebut diharapkan dapat menimbulkan rasa aman, ikatan bermasyarakat dan kohesi sosial yang menjadi kunci dalam memulai proses pemulihan.

Pilihan-pilihan dalam melakukan respons terkait hunian dan permukiman tidak terbatas pada menyalurkan bantuan berupa barang, materi dan/atau membangun sebuah hunian. Respons kemanusiaan juga dapat dilakukan dalam bentuk menyediakan dukungan untuk mendapatkan lahan, hunian, tempat tinggal atau pun perlengkapan rumah tangga lainnya. Termasuk juga di dalamnya menyediakan dukungan teknis dan jaminan mutu, yang mana dapat menggerakkan dan memperkuat kemampuan masyarakat dalam membangun kembali hunian mereka secara lebih baik dan aman. Oleh karenanya, pengetahuan akan kerangka formal dan hukum nasional terkait lahan dan properti

menjadi sangat penting. Hal ini juga perlu ditunjang dengan pemahaman terkait hukum pengungsian di tingkat nasional dan prosedur terkait dalam penentuan status seorang pengungsi.



Hal yang disediakan oleh hunian (Gambar 8)

Beberapa fungsi yang sesuai dengan konteks hunian dalam kondisi darurat Program hunian harus mendukung keluarga untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan tersebut.

Apa pun jenis dukungan yang diberikan, yang terpenting adalah untuk selalu menghargai struktur masyarakat yang sudah ada dan senantiasa menunjang terciptanya ikatan bermasyarakat.

Setiap rumah tangga dan komunitas akan membutuhkan tingkat dan jenis dukungan yang berbeda. Kepastian dalam hal status kepemilikan hunian, dan dokumen administrasi terkait, merupakan sebuah syarat utama dalam menghadirkan sebuah akses hunian yang aman. Namun, dalam sebuah situasi konflik atau terdapat isu terkait status kepemilikan hunian yang sulit terpecahkan, maka kemungkinan akan dibutuhkan bentuk dukungan yang lebih kompleks. ⊕ lihat *Standar 6 Hunian dan Permukiman: Status Kepemilikan dan Penggunaan*.

Saat ini terdapat peningkatan kebutuhan untuk memasukkan pengungsian jangka panjang dan pemulihan dalam perencanaan permukiman. Pengungsian dapat mengakibatkan peningkatan penggunaan sumber daya, yang seringkali terbatas, di sekitar lokasi pengungsian tersebut. Hal ini tentunya dapat menimbulkan ketegangan dengan penduduk setempat. Maka dari itu, pemahaman terkait pencegahan dan mitigasi dampak buruk terhadap lingkungan menjadi faktor utama dalam menyusun sebuah program yang bermutu. Apabila isu lingkungan tidak menjadi bahan pertimbangan, maka akan menghasilkan program hunian dan permukiman yang tidak efisien karena kegiatan dengan tujuan jangka pendek justru dapat menimbulkan masalah baru yang membutuhkan penanganan lanjutan ⊕ lihat *Standar 7 Hunian dan Permukiman: Keberlanjutan Lingkungan*.



Respons terkait hunian dan permukiman di perkotaan membutuhkan penanganan khusus

Membantu masyarakat di lingkungan perkotaan merupakan sebuah tantangan tersendiri. Hal ini dikarenakan oleh tingkat kepadatan penduduk yang tinggi, infrastruktur yang kurang memadai, kebijakan pemerintah dan keberagaman sosial pada masyarakat itu sendiri. Saat dan setelah kondisi krisis atau darurat, berkomunikasi dan menyediakan bantuan bagi masyarakat yang berpindah-pindah dapat menjadi sulit, terutama terkait pemenuhan kebutuhan ruang hidup yang memadai. Apabila bangunan yang memiliki struktur kompleks (seperti gedung tinggi) juga turut terdampak, maka lembaga kemanusiaan juga akan dihadapkan dengan situasi kepemilikan yang rumit, karena akan melibatkan berbagai pihak seperti pemilik, penyewa dan juga penghuni informal.

Bekerja dalam konteks perkotaan membutuhkan kepakaran khusus dalam bidang perencanaan dan penataan kota, dan juga pengetahuan dalam hal hak, kebijakan, hukum dan peraturan terkait perumahan, lahan dan properti. Selain itu, pemahaman yang matang akan isu perumahan di tingkat lokal dan pasar finansial juga menjadi penting. Dalam praktiknya, bersiaplah untuk bekerja sama dengan masyarakat sipil dan sektor swasta. Sektor swasta dapat memainkan peran dalam menjalankan pemecahan masalah berbasis pasar yang berkelanjutan. Respons di lapangan juga seyogyanya dilakukan berdasarkan norma dan sistem lokal, demi menghindari terciptanya struktur baru yang paralel dengan sistem yang sudah ada. Sebuah respons kemanusiaan yang menyeluruh pada tingkat permukiman, lingkungan dan wilayah, kemungkinan besar akan menghasilkan sebuah kontribusi yang berkelanjutan bagi kesejahteraan masyarakat terdampak di perkotaan ⊕ lihat *Penyaluran Bantuan Melalui Mekanisme Pasar*.

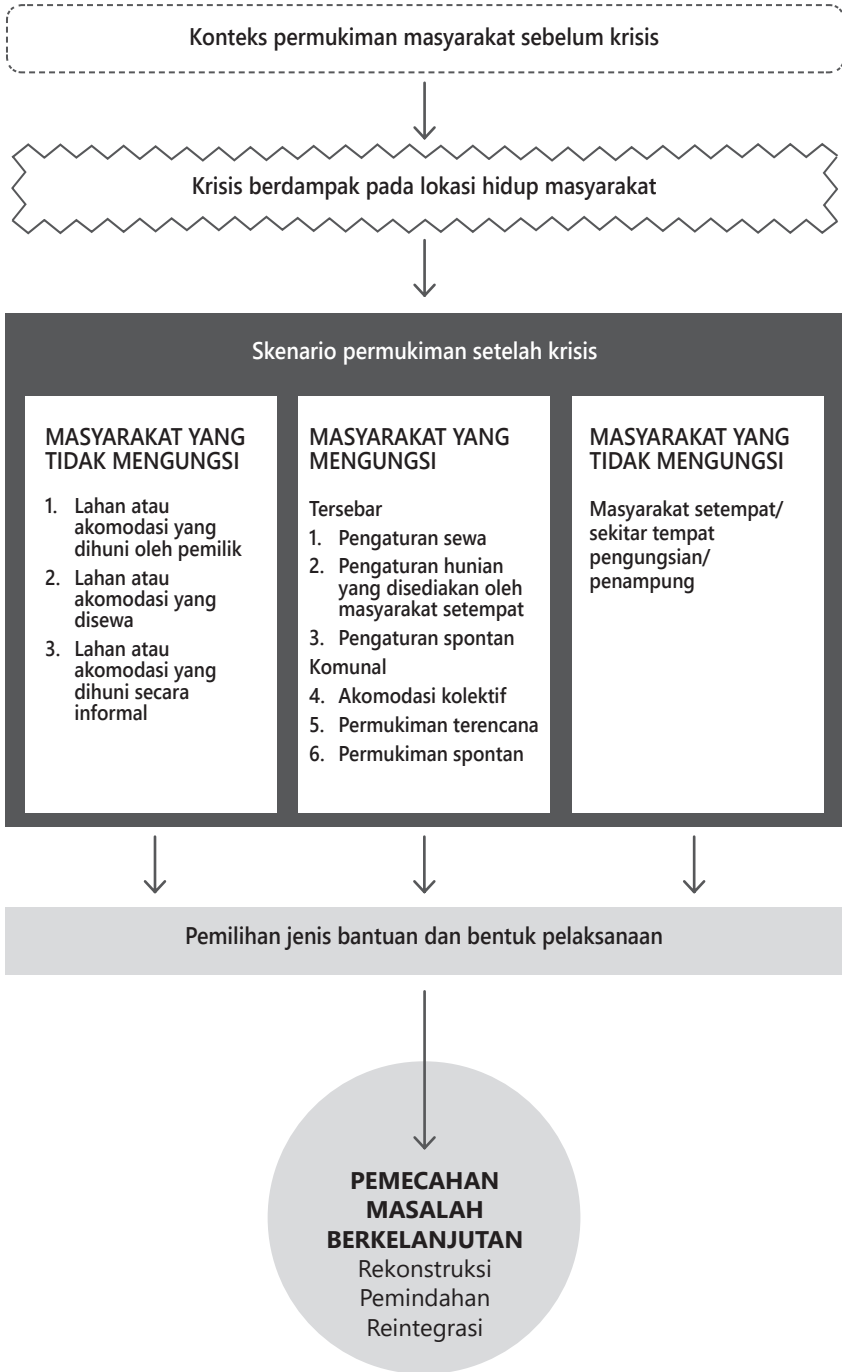
Berbagai skenario permukiman pasca-krisis yang perlu dipertimbangkan

Di mana dan bagaimana cara masyarakat terdampak dapat menemukan hunian akan bergantung pada kemampuan mereka untuk bertahan di suatu tempat, atau justru kebutuhan mereka untuk berpindah tempat. Tahap pertama yang perlu dilakukan dalam merencanakan bantuan hunian dan permukiman adalah dengan mempertimbangan secara sistematis konteks pasca krisis tersebut. Maka dari itu, pemahaman akan perbedaan pendekatan yang dibutuhkan oleh pengungsi, masyarakat terdampak, tapi tidak mengungsi, atau pun masyarakat yang tidak terdampak secara langsung, akan menjadi sangat penting ⊕ lihat *Gambar 9 di samping*.

Dalam kondisi yang memungkinkan, masyarakat dapat memilih untuk tetap berada di tempat asalnya sebagai pemilik/penghuni, atau di tempat akomodasi atau lahan yang disewakan atau bahkan dihuni secara informal. Dukungan kepada masyarakat yang tidak mengungsi dapat berbentuk perbaikan atau rekonstruksi tempat tinggal yang sudah ada.

Penduduk pengungsi dapat tersebar secara lokal, tersebar ke lokasi lain, namun masih dalam batas wilayah negaranya, atau pun melintasi batas internasional negara tersebut. Dalam kondisi tersebut, kemungkinan besar mereka akan menyewa akomodasi, menetap secara mandiri atau tinggal bersama masyarakat setempat. Selain itu, sebagian lain juga mungkin akan memilih untuk tinggal di akomodasi kolektif atau sebuah permukiman terencana, atau bahkan di hunian dalam sebuah permukiman yang tidak terencana.

Pemahaman terkait krisis melalui skenario yang telah disebutkan di atas akan membantu dalam merencanakan strategi bantuan yang akan dilakukan. Termasuk di dalamnya pemilihan jenis bantuan yang paling efektif dan sesuai, tergantung dari kategori masyarakat terdampak, dan juga cara penyaluran bantuan yang dimaksud. Seluruh hal



Gambar 9: Skenario Permukiman

tersebut harus berkontribusi dalam mendukung upaya pemulihan, serta (dalam kondisi ideal) tercapainya pemecahan masalah berkelanjutan. Pemahaman ini sejalan dengan seluruh standar dan lampiran yang ada pada bab ini, sehingga dokumen tersebut dirancang untuk digunakan secara bersama. **⊕ Lihat Lampiran 2: Deskripsi Skenario Permukiman dan Lampiran 3: Karakteristik Tambahan dari Skenario Permukiman.**

Standar-standar Minimum sebaiknya tidak diterapkan dalam keterpisahan

Standar Minimum dalam bab ini menggambarkan inti dari hak akan hunian yang layak dan berkontribusi dalam pengejawantahan yang progresif terhadap hak tersebut secara umum.

Hak akan hunian yang layak berhubungan dengan hak akan air bersih dan sanitasi, makanan dan kesehatan. Keberhasilan dalam pemenuhan Standar-standar Minimum Sphere di suatu sektor, akan memengaruhi tingkat keberhasilan di sektor lain. Demi tercapainya respons yang efektif, dibutuhkan koordinasi dan kerjasama yang erat dengan sektor-sektor terkait. Koordinasi dengan pemerintah lokal dan lembaga terkait akan mendukung terpenuhinya kebutuhan di lapangan, memastikan bahwa kegiatan respons tidak tumpang tindih dan mengoptimalkan mutu respons ketahanan pangan dan gizi. Sehingga, disarankan untuk melakukan referensi silang antar-bab dalam Buku Pegangan ini untuk melihat potensi-potensi keterkaitan yang ada.

Sebagai contoh, pasokan air dan fasilitas sanitasi yang memadai di permukiman atau hunian akan sangat berkaitan dengan tercapainya kondisi hidup yang sehat dan bermartabat dari masyarakat terdampak. Selain itu, ketersediaan peralatan memasak dan makan, serta bahan bakar untuk memasak, juga akan memudahkan masyarakat dalam memanfaatkan bantuan makanan dan memenuhi kebutuhan gizi mereka.

Bila standar-standar di tingkat nasional lebih rendah daripada Standar-standar Minimum Sphere, maka lembaga kemanusiaan perlu untuk bekerja sama dengan pemerintah untuk secara progresif meningkatkan standar yang dimaksud.

Hukum internasional secara spesifik melindungi hak akan hunian yang layak

Hak atas akses terhadap hunian yang layak dilindungi oleh hukum internasional yaitu hak untuk hidup dengan rasa aman, damai dan bermartabat. Termasuk di dalamnya kebebasan untuk memilih tempat tinggal dan ganti rugi, seperti kepastian dalam penggunaan hunian. Maka, terdapat juga prinsip-prinsip perlindungan seperti perlindungan dari pengusiran paksa. Negara berkewajiban untuk memastikan pemenuhan hak ini saat individu atau kelompok, termasuk pengungsi lintas negara dan pengungsi internal, tidak mendapatkan akses terhadap hunian yang layak, termasuk pada saat krisis. **⊕ Lampiran 1: Dasar hukum dari Sphere**

Konsep "layak" yang dimaksud mengacu pada hunian yang lebih dari hanya sekedar tempat tinggal dengan empat dinding dan sebuah atap. Perlu ditekankan akan pentingnya mempertimbangkan aspek permukiman secara luas, identitas budaya dan juga ketersediaan layanan penunjang. Hunian yang "layak" seharusnya menjamin status penggunaan hunian dan:

- Terjangkau, sehingga penghuni dapat membeli kebutuhan pokok lainnya untuk menunjang kehidupan yang bermartabat;
- Layak huni, dalam artian memberikan keamanan secara fisik, terlindungi, memiliki ruang hidup yang cukup, terdapat akses kepada air minum yang aman, air yang cukup, fasilitas sanitasi dan hygiene (WASH), fasilitas untuk kegiatan menyiapkan makanan dan juga penyimpanan;

- Dapat diterima secara budaya;
- Dapat diakses dan digunakan, termasuk bagi orang yang memiliki keterbatasan gerak; dan
- Terletak di lokasi yang memberikan akses kepada penghidupan dan layanan publik.

Keterkaitan dengan Prinsip-prinsip Perlindungan dan Standar Kemanusiaan Inti

Kondisi krisis dapat memperburuk kondisi ketimpangan yang sudah ada. Maka, menjadi sangat penting untuk menyalurkan bantuan secara imparisial dan sesuai dengan konteks lokal, terutama dalam menghadapi mereka yang memiliki kemampuan paling minim untuk pulih secara mandiri dari krisis tersebut ⊕ lihat *Prinsip Perlindungan 2*.

Sebagian orang mungkin akan memiliki kesulitan untuk mengakses bantuan hunian dan permukiman dikarenakan oleh keterbatasan fisik, budaya, ekonomi dan sosial. Berangkat dari pemahaman dan untuk menanggapi hal ini, maka pekerja kemanusiaan perlu mempertimbangkan:

- **Status hukum individu** (misal, pengungsi lintas negara, pengungsi internal, orang tanpa kewarganegaraan, imigran, pencari suaka, orang yang tidak memiliki rumah atau lahan, dan orang-orang yang memiliki keterpasungan hak-hak sipil atau keterbatasan dalam mengakses layanan publik atau jaminan sosial); dan
- **Orang-orang yang menghadapi risiko perlindungan tertentu dan kelompok dengan risiko diskriminasi dan pengucilan sosial** karena:
 - etnis, kewarganegaraan, kasta, kelompok penduduk asli, atau afiliasi agama atau politik tertentu;
 - status terkait penggunaan hunian, status pengungsian, status sebagai penghuni informal atau pun status sebagai penyewa;
 - lokasi tempat tinggal yang sulit untuk diakses, seperti di lokasi yang berbahaya, tidak aman, permukiman perkotaan atau permukiman informal; dan
 - kerentanan dan status mereka dalam tatanan masyarakat ⊕ lihat *Apa itu Sphere* dan *Prinsip-prinsip Perlindungan*.

Pekerja kemanusiaan harus mendapatkan pelatihan dalam hal perlindungan anak dan mengetahui pemanfaatan sistem rujukan apabila menemukan kasus kekerasan, pelecehan atau eksploitasi, termasuk terhadap anak.

Dalam menjalankan Standar-standar Minimum, kesembilan komitmen dalam Standar Kemanusiaan Inti harus senantiasa dihormati sebagai dasar dalam melaksanakan program hunian dan permukiman yang akuntabel.



1. Perencanaan

Perencanaan adalah aspek utama demi tercapainya respons kemanusiaan yang optimal di tingkat regional, nasional, lembaga atau pun di tingkat masyarakat. Penilaian dampak krisis, baik secara langsung atau pun tidak langsung, pada kehidupan masyarakat, serta konsekuensi sosial, ekonomi dan politik, hanya akan dimungkinkan apabila pekerja kemanusiaan memiliki pemahaman yang baik akan konteks sebelum dan sesudah krisis. Mengidentifikasi kebutuhan dan kemudian menyusun jenis respons atau respons yang sesuai adalah dasar dari perencanaan yang matang dan respons hunian dan permukiman yang terkoordinasi dengan baik.

Standar Hunian dan Permukiman 1: Perencanaan

Intervensi hunian dan permukiman direncanakan dan dikoordinasikan dengan baik demi tercapainya keamanan dan kesejahteraan masyarakat terdampak, serta menunjang proses pemulihan.

Tindakan-tindakan Kunci

- 1 Bekerja sama dengan masyarakat terdampak, serta pemerintah nasional dan lokal, untuk menilai kebutuhan dan kapasitas atau kemampuan hunian dan permukiman.
 - Melakukan penilaian terhadap perubahan dari konteks sebelum krisis, mengidentifikasi kebutuhan mendesak dan kapasitas dari penduduk yang mengungsi maupun yang tidak mengungsi, dan mempertimbangkan kebutuhan khusus dari kelompok rentan.
 - Mengidentifikasi ketersediaan lahan, bangunan, apartemen dan ruangan pada pasar properti lokal, yang layak huni dan dapat dimanfaatkan.
- 2 Bekerja sama dengan pemangku kepentingan dalam mengidentifikasi jenis dan cara penyediaan bantuan yang paling efektif dan sesuai.
- 3 Menyusun sebuah rencana hunian dan permukiman yang dikoordinasikan dengan pemerintah terkait, serta masyarakat terdampak.
 - Menawarkan bantuan yang dirancang khusus sesuai dengan kebutuhan dan preferensi dari masyarakat terdampak dan pemerintah.
 - Mengoptimalkan keefektifan biaya, mutu teknis, kecepatan dan ketepatan, skala pelaksanaan dan kemampuan rencana tersebut untuk direplikasi.

Indikator Kunci

Rencana hunian dan permukiman menggambarkan kebutuhan utama dari masyarakat yang disasar, dan disetujui oleh masyarakat terdampak serta pemerintah terkait

Persentase dari masyarakat terdampak yang mengindikasikan bahwa bantuan hunian dan permukiman sesuai dengan kebutuhan dan prioritas mereka, dan berkontribusi terhadap tercapainya pemecahan masalah berkelanjutan

Catatan Panduan

Penilaian: Dari tahap awal penilaian, tinjau perubahan kondisi dalam hunian dan permukiman setelah masa krisis, dan pertimbangkan kemungkinan risiko perlindungan yang ada. Hal ini termasuk persepsi dari masyarakat setempat di sekitar tempat pengungsian, risiko yang berkaitan dengan akses kepada permukiman, akses yang aman terhadap layanan atau pun risiko pengusiran.

Pertimbangkan juga dampak langsung maupun tidak langsung dari krisis terhadap kehidupan masyarakat, termasuk konsekuensi sosial, ekonomi dan politik.

Krisis memiliki dampak yang berbeda bagi setiap orang, maka setiap orang akan memiliki kebutuhan hunian dan permukiman yang berbeda pula. Sehingga, penting untuk bekerja sama dengan kelompok yang mungkin memiliki keterbatasan khusus dalam mengakses bantuan hunian; seperti orang dengan disabilitas, perempuan kepala keluarga, lanjut usia atau orang dengan etnis dan bahasa minoritas ⊕ Lihat Lampiran 1: *Daftar Cek Penilaian Hunian dan Permukiman, Prinsip Perlindungan 2 dan Komitmen Standar Kemanusiaan Inti 4.*

Jenis-jenis bantuan dan pelaksanaannya: Pilihlah jenis bantuan dan pelaksanaan yang paling efektif sesuai dengan konteks, kemampuan, ketersediaan sumber daya, skenario permukiman serta fase dari respons itu sendiri. Faktor lain yang juga perlu dipertimbangkan adalah lokasi, jenis hunian (termasuk teknik konstruksi lokal), status penggunaan dan mekanisme pasar serta kerangka hukum yang berlaku. Dalam kondisi yang memungkinkan, utamakan masyarakat untuk kembali ke tempat tinggal (atau setidaknya wilayah tempat tinggal) asli mereka. Bantuan juga perlu diberikan kepada masyarakat yang tidak bisa atau tidak ingin kembali ke tempat tinggal asli mereka, sehingga mereka dapat mengakses jenis bantuan yang sesuai dengan kebutuhan mereka ⊕ Lihat Lampiran 2 *sampai 6.*

Diperlukan jadwal yang rinci untuk memenuhi kebutuhan mendesak, dengan mempertimbangkan efisiensi, mutu teknis, skala pelaksanaan, kemampuan di lapangan dan kemampuan kegiatan tersebut untuk direplikasi. Keragaman pilihan dan jenis bantuan yang tersedia perlu dimaksimalkan untuk meningkatkan ketahanan dan kapasitas pemulihan masyarakat dalam jangka panjang, terutama untuk menghadapi krisis di masa mendatang.

Pertimbangkan beberapa cara untuk melaksanakan pilihan bantuan yang telah ditentukan, hal ini dapat berupa kombinasi dari:

- Dukungan finansial;
- Bantuan barang;
- Kerja kontrak/buruh lepas;
- Dukungan pendampingan teknis/penjaminan mutu; dan
- Peningkatan kapasitas.

Diperlukan peninjauan dan penyesuaian terhadap kombinasi pilihan yang telah ditentukan, seiring dengan berjalannya waktu dan perkembangan situasi di lapangan.

Warga yang mengungsi: Selain memiliki kebutuhan mendesak akan hunian, para pengungsi juga membutuhkan dukungan spesifik dalam membuat keputusan berdasarkan informasi yang tepat, terkait pilihan pemecahan masalah hunian yang tersedia. Misal dengan menyediakan informasi apakah dan kapan mereka bisa kembali pulang, bagaimana cara beradaptasi di lingkungan tempat pengungsian atau bagaimana cara pindah ke lokasi ketiga.



Warga yang tidak mengungsi akan membutuhkan dukungan untuk kembali ke kondisi awal mereka sebelum krisis, dan harus mendapatkan bantuan hunian yang sesuai. Apabila proses rekonstruksi akan memakan waktu yang lama, atau masyarakat akan berada dalam kondisi tidak aman, carilah pemecahan masalah sementara seperti bantuan mencari tempat tinggal di rumah masyarakat setempat/tetangga, hunian sewa atau hunian sementara atau transisi. Apabila kondisi krisis telah mengubah kondisi keamanan dan keselamatan, maka relokasi mungkin akan dibutuhkan.

Warga di sekitar lokasi krisis juga akan mengalami dampak dari krisis tersebut, mengingat mereka juga berbagi wilayah publik dan pribadi dengan masyarakat terdampak. Hal ini termasuk berbagi layanan seperti pusat kesehatan atau sekolah, atau bahkan mereka harus menampung masyarakat yang mengungsi. Akan ada kemungkinan terjadi kompetisi dengan para pengungsi terkait mata pencaharian, layanan, infrastruktur serta sumber daya. Penyusunan pemecahan masalah perlu mempertimbangkan asas keadilan sehingga tidak menimbulkan risiko atau ancaman tambahan terhadap masyarakat ⊕ Lihat *Prinsip Perlindungan 1*.

Analisa pasar: Pemahaman mengenai kondisi pasar pada tingkat lokal, nasional dan regional menjadi penting dalam respons hunian yang bermutu. Hal ini dikarenakan hal tersebut akan membantu dalam penentuan jenis bantuan hunian, serta menggambarkan informasi terkait kondisi permukiman dan layanan penyewaan di lokasi tersebut ⊕ lihat *Penyaluran Bantuan Melalui Mekanisme Pasar, Buku Pegangan MISMA dan Buku Pegangan MERS*.

Pembersihan reruntuhan: Sesaat setelah krisis, manajemen pembersihan reruntuhan akibat krisis perlu segera dilakukan. Reruntuhan dapat pula dimanfaatkan ulang, didaur ulang atau diidentifikasi untuk lantas dipisahkan, dikumpulkan atau mendapatkan perlakuan khusus. Hal ini juga dapat memberikan kesempatan untuk melakukan program *cash-for-work*. Masalah kunci yang perlu mendapatkan perhatian khusus adalah jenazah, lokasi dengan struktur berbahaya dan material berbahaya. Pembersihan reruntuhan mungkin akan membutuhkan kepakaran dan perlengkapan khusus, sehingga hal tersebut harus direncanakan bersama ahli dari sektor lain ⊕ lihat *Standar Hunian dan Permukiman 7: Keberlanjutan Lingkungan, Standar-standar Kesehatan dan Standar-standar WASH*.

Kesempatan Penghidupan: Kegiatan penghidupan yang dijalani masyarakat sebelum krisis, dan kesempatan yang terbuka setelah krisis, merupakan komponen yang relevan dalam menentukan pilihan hunian. Hal-hal seperti ketersediaan lahan, akses yang aman untuk bercocok tanam dan beternak, akses kepada pasar dan akses kepada bentuk mata pencaharian lain dapat memengaruhi masyarakat dalam memilih tempat tinggal, bahkan dalam konteks tempat tinggal sementara ⊕ lihat *Ketahanan Pangan dan Gizi – Standar-standar Penghidupan 7.1 dan 7.2, Buku Pegangan LEGS dan Buku Pegangan MERS*.

Kepulangan: Bagi sebagian besar masyarakat yang terdampak krisis, kembali atau pulang ke rumah dan lahan asal merupakan tujuan utama yang ingin dicapai. Masyarakat terdampak sebaiknya dapat menentukan kebutuhan akan perbaikan atau peningkatan mutu struktur hunian mereka. Kepulangan dapat mendukung strategi penanggulangan di tingkat masyarakat dan menjaga pola hunian dan infrastruktur yang ada. Perbaikan atau rekonstruksi fasilitas umum seperti sekolah, sistem saluran limbah, klinik atau pasar juga menjadi penting untuk mendukung kepulangan para pengungsi. Pada beberapa kasus, kepulangan tidak dapat dilakukan sama sekali atau secara segera, hal ini dapat disebabkan masalah keamanan, pengambilalihan lahan atau properti oleh militer, konflik kekerasan, ketegangan etnis atau agama, ketakutan menjadi sasaran penganiayaan,

atau ranjau darat, atau pun artileri yang belum meledak. Selain itu, hukum terkait properti dan lahan yang tidak mencukupi atau penuh diskriminasi, atau norma umum yang berlaku, dapat mencegah perempuan kepala keluarga, orang yang menjadi janda atau yatim piatu akibat krisis, maupun orang dengan disabilitas, untuk pulang ke tempat asal mereka. Pengungsi yang kemungkinan tidak memiliki kemampuan untuk melakukan rekonstruksi secara mandiri juga perlu disarankan untuk tidak, atau bahkan dicegah, pulang ke tempat asalnya.



2. Perencanaan Lokasi dan Permukiman

Perencanaan lokasi dan permukiman harus menunjang keamanan, ruang hidup yang memadai, mudah diakses dan menyediakan akses kepada layanan dasar, penghidupan dan kesempatan untuk berjejaring dengan masyarakat luas.

Standar Hunian dan Permukiman 2: Perencanaan lokasi dan permukiman

Hunian dan permukiman terletak di lokasi yang terjamin keamanan dan keselamatannya, dan menyediakan ruang yang memadai dan akses kepada layanan dasar dan penghidupan.

Tindakan-tindakan Kunci

- 1 Bekerja dalam lingkup proses perencanaan dan kebijakan yang sudah ada, dan melakukan persetujuan dengan masyarakat setempat di sekitar tempat pengungsian dan pemerintah terkait.
 - Meletakkan permukiman baru dalam jarak aman dari potensi atau bahaya yang mengancam, dan meminimalkan ancaman risiko.
 - Mempertimbangkan usia ketahanan dari permukiman yang akan dibangun, sehingga dapat menentukan perbaikan yang mungkin akan dibutuhkan untuk memperluas atau mengembangkan permukiman tersebut.
- 2 Melibatkan pemangku kepentingan yang beragam, termasuk kelompok-kelompok dalam masyarakat terdampak, pada saat melakukan pemilihan lokasi dan merencanakan permukiman.
 - Mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat memengaruhi lokasi atau denah permukiman, dengan mempertimbangkan jenis kelamin, usia, faktor disabilitas, identitas bahasa atau etnis, dan peran serta tanggung jawab gender.
 - Melakukan pendekatan berbasis wilayah, dalam sebuah wilayah kerja dengan batas geografis yang jelas, demi mendapatkan pemahaman yang utuh terkait dinamika masyarakat—terutama dalam konteks perkotaan
- 3 Memastikan bahwa masyarakat terdampak memiliki akses kepada layanan dan fasilitas dasar, termasuk kesempatan untuk penghidupan.
 - Bekerja dengan sektor lain untuk menentukan jarak aman dari permukiman ke layanan dan fasilitas dasar, agar pengungsi dapat mengakses kebutuhan tersebut secara aman dan nyaman
 - Berkoordinasi dengan penyedia layanan untuk mengutamakan pemberian layanan dasar dan kesempatan untuk penghidupan di lokasi yang belum terjangkau
- 4 Merencanakan penggunaan hunian demi menunjang ketersediaan ruang berkegiatan yang cukup, hunian dan layanan yang dapat diakses oleh seluruh pihak, dan kondisi keamanan yang kondusif di permukiman.
 - Memasukkan perencanaan terkait sumber daya yang digunakan secara bersama, seperti air dan fasilitas sanitasi, fasilitas dapur umum, ruang ramah anak, area berkumpul, tempat beribadah dan titik pembagian makanan.

- Memastikan bahwa penentuan lokasi layanan dasar di dalam permukiman sejalan dengan standar-standar keamanan, perlindungan dan kehidupan bermartabat.
- 5 Memasukkan aspek terkait curah hujan dan perencanaan saluran limbah dalam menentukan lokasi dan pembangunan permukiman.
- Menyediakan fasilitas saluran limbah yang sesuai sehingga seluruh area tempat tinggal dan layanan dasar akan bebas dari genangan air, dan memastikan bahwa selokan di lokasi tersebut bebas sumbatan.
- Mengantisipasi dan mengelola area yang dapat menjadi tempat berkembangbiaknya vektor penyakit.

Indikator Kunci

Persentase dari hunian dan/atau lokasi permukiman yang terletak di area bebas, atau setidaknya minim, ancaman, risiko dan bahaya—baik yang terjadi secara alami atau pun buatan manusia

Persentase dari hunian dan/atau lokasi permukiman yang memiliki yang aman kepada layanan dasar dalam jarak tempuh yang disepakati oleh seluruh pihak

Persentase dari penerima bantuan permukiman yang merasa bahwa lokasi hunian atau permukimannya aman

Persentase dari lokasi permukiman yang memiliki area yang cukup untuk melakukan kegiatan luar ruang, baik kegiatan pribadi atau pun publik, sesuai dengan konteks yang berlaku

- 45 meter persegi untuk tiap orang di permukiman yang dikelola seperti tempat pengungsian, termasuk wilayah kegiatan rumah tangga
- 30 meter persegi untuk tiap orang, termasuk area kegiatan rumah tangga, yang mana lokasi untuk kegiatan bersama dapat diletakkan di luar area hunian
- Rasio minimum antara luas ruang hidup yang tertutup (beratap) dengan luas keseluruhan lahan hunian adalah 1:2; disarankan untuk meningkatkan rasio ke 1:3 (dan seterusnya) apabila memungkinkan.

Catatan Panduan

Proses dan prinsip perencanaan: Pemerintah dan otoritas lokal seringkali memperkenalkan peraturan baru terkait pembangunan setelah masa krisis, seperti zona yang tidak boleh dibangun, zona aman dan zona penyangga. Pekerja kemanusiaan diharapkan dapat mengadvokasi tentang pentingnya perencanaan yang mempertimbangkan aspek risiko dan pilihan bantuan yang sesuai. Area yang termasuk dalam “zona yang tidak boleh dibangun” bukan berarti area tersebut menjadi “zona tanpa bantuan”, maka hal ini seharusnya tidak boleh memperlambat penyaluran bantuan hunian dan permukiman.

Selain itu, penting juga untuk memahami mengenai status kepemilikan dari lahan dan properti yang sedang dihadapi ⊕ lihat *Standar Hunian dan Permukiman 6: Status Kepemilikan dan Penggunaan*.

Usahakan untuk senantiasa melibatkan masyarakat terdampak dalam menghitung dan mengatur pemanfaatan ruang, agar dapat mendukung praktik sosial dan budaya yang selama ini ada. Libatkan juga perempuan dan kelompok rentan lainnya dan merencanakan dan melaksanakan kegiatan hunian dan permukiman.



Layanan dan fasilitas dasar: Seluruh masyarakat, baik yang kembali ke rumah asalnya atau pun yang tinggal di lokasi atau permukiman sementara, membutuhkan akses ke layanan dan fasilitas dasar yang memenuhi aspek keamanan, keselamatan dan keadilan. Layanan dan fasilitas dasar yang dimaksud seperti:

- Fasilitas WASH ⊕ lihat *Standar-standar Pasokan Air WASH*;
- Penerangan di ruang hunian dan ruang komunal;
- Fasilitas penyimpanan dan pemrosesan makanan (termasuk kompor dan bahan bakar) ⊕ lihat *Standar Penilaian Ketahanan Pangan dan Gizi 1.1* dan *Standar Bantuan Makanan 6.4*;
- Fasilitas kesehatan ⊕ lihat *Standar Sistem Kesehatan 1.1: Penyaluran Layanan Kesehatan*;
- Pembuangan Limbah Padat ⊕ lihat *Standar-standar Penanganan Limbah Padat WASH*;
- Sekolah ⊕ lihat *Buku Pegangan INEE*;
- Fasilitas sosial seperti tempat ibadah, tempat berkumpul dan area rekreasi;
- Area pemakaman, beserta ritual terkait, sesuai dengan konteks budaya masyarakat; dan
- Area ternak (dengan jarak pemisah yang cukup dari area hunian) ⊕ lihat *Buku Pegangan LEGS*.

Perencanaan wilayah untuk permukiman sementara: Denah wilayah harus dilaksanakan berdasarkan kaidah dan prinsip penataan dan perencanaan kota, dengan mempertimbangkan komponen keterhubungan seperti titik akses, persimpangan dan ruang publik. Komponen ini, yang juga dipengaruhi oleh aspek fisik, sosial, lingkungan dan ekonomi, akan membentuk sebuah perencanaan spasial bagi permukiman yang akan dibangun. Selain itu, perencanaan permukiman juga harus mendukung jejaring sosial di masyarakat, serta mendorong jejaring baru untuk terbentuk, menciptakan keamanan dan keselamatan, dan juga membangun upaya swadaya dari masyarakat terdampak.

Aspek seperti sekat pemisah juga perlu diperhatikan, demi menjaga privasi dan martabat penghuni, saat merencanakan denah permukiman. Setiap hunian diharapkan memiliki akses tersendiri ke ruang terbuka atau ruang publik, dan tidak harus masuk melalui hunian lain. Terkait kelompok rentan, penting untuk menyediakan ruang hidup yang aman, namun hindari untuk mengumpulkan mereka dalam satu lokasi yang sama, karena hal ini hanya akan menambah kerentanan mereka. Usahakan juga untuk menyatukan orang-orang dari keluarga yang sama, bahkan keluarga jauh sekalipun, dan dari kelompok yang memiliki banyak kesamaan, karena hal ini akan menjaga ikatan sosial di antara mereka. Terakhir, pertimbangkanlah kebutuhan, preferensi dan kebiasaan dari setiap kelompok usia, jenis kelamin dan kaum disabilitas.

Wilayah permukiman yang direncanakan maupun permukiman spontan: Untuk permukiman yang dikelola seperti tempat pengungsian, sebaiknya memiliki wilayah minimum seluas 45 meter persegi per orang, termasuk ruang kegiatan rumah tangga. Termasuk juga wilayah untuk jalanan, ruang memasak di luar hunian atau pun ruang masak bersama, tempat pendidikan dan rekreasi, fasilitas kesehatan, sanitasi, jarak aman api (sekat bakar), administrasi, penyimpanan air, drainase, fasilitas keagamaan, tempat pembagian makanan, pasar, gudang dan lahan pekarangan untuk menanam sayur-mayur dan tanaman konsumsi lainnya (tidak termasuk lahan bertani dan beternak). Apabila tersedia fasilitas bersama di luar area permukiman, maka wilayah minimum yang sebaiknya disediakan adalah 30 meter persegi per orang. Apabila wilayah

minimum tersebut tidak dapat terpenuhi, maka perlu diambil tindakan segera untuk menangani tingkat kepadatan penghuni yang tinggi. Perencanaan permukiman juga harus mempertimbangkan perubahan penduduk penghuni di masa mendatang.

Saat melakukan kegiatan respons di daerah perkotaan, sebisa mungkin manfaatkanlah fasilitas layanan dan stok hunian yang tersedia. Kemudian pastikan juga adanya jarak yang cukup atau sekat pemisah antar keluarga untuk menjaga privasi, dan pastikan ketersediaan ruang untuk menempatkan fasilitas penunjang.

Luas wilayah untuk hunian: Rasio yang direkomendasikan antara luas tapak hunian dan keseluruhan lahan hunian adalah 1:2 atau 1:3. Hal ini penting untuk memberikan ruang yang cukup untuk melakukan kegiatan luar ruang. Namun sebetulnya, rasio yang mendekati 1:4 atau 1:5 adalah yang paling disarankan. Besaran rasio ini perlu juga mempertimbangkan norma sosial dan budaya yang berlaku, serta faktor ketersediaan lahan.

Saluran limbah untuk mencegah genangan dan banjir: Saluran limbah yang buruk dapat menghambat ruang hidup dan ruang gerak penghuni, serta akses mereka terhadap layanan dasar. Secara umum, pemilihan lokasi permukiman dan pembangunan infrastruktur dapat menentukan mutu sistem saluran limbah permukiman tersebut. Maka hindarilah memilih lokasi yang terletak di area banjir di sekitar sungai, karena hal ini dapat mengancam keamanan dan keselamatan, terutama di ruang yang tertutup dan padat penghuni. Apabila terdapat air yang masuk dan menggenang di ruang hidup dan berkegiatan, maka hal ini dapat berbahaya bagi kesehatan, martabat serta kesejahteraan penghuni.

Penting untuk selalu menjaga kamar mandi dan sumur dari banjir dan genangan, untuk menghindari kerusakan struktur dan kebocoran. Ancaman utama yang terkait dengan sistem saluran limbah yang buruk adalah meningkatnya paparan terhadap penyakit diare, diakibatkan oleh interaksi penghuni dengan air yang telah terkontaminasi.

Aliran air yang tidak terkontrol juga dapat merusak infrastruktur, hunian beserta perlengkapan di dalamnya, menghambat kesempatan untuk penghidupan dan bahkan menyebabkan stres. Saluran limbah yang buruk juga dapat menimbulkan tempat bagi berkembangbiaknya vector penyakit ⊕ lihat *Standar-standar Pengontrolan Vektor WASH 4.1 dan 4.2*.

Akses: Pertimbangkanlah kondisi dari jalan lokal dan jarak dengan pusat transportasi untuk distribusi bantuan dan barang lainnya. Hal ini menjadi penting karena proses distribusi bantuan tidak boleh merusak infrastruktur jalan lokal. Selain itu, pertimbangkan juga hambatan musiman, ancaman dan risiko keamanan. Lokasi permukiman dan gudang penyimpanan utama, serta titik pembagian makanan, harus dapat diakses oleh truk besar pada kondisi cuaca apa pun. Selain itu, fasilitas lain juga harus dapat diakses oleh kendaraan lain yang lebih kecil. Pastikan bahwa jalanan di dalam permukiman aman untuk dilalui, dan hunian serta fasilitas komunal dapat diakses dalam kondisi cuaca apa pun. Kebutuhan penghuni yang memiliki keterbatasan gerak juga penting menjadi bahan pertimbangan.

Keamanan dari kebakaran: Penilaian terkait risiko kebakaran merupakan elemen penting dalam perencanaan wilayah. Dalam sebuah tempat pengungsian, perlu untuk menyediakan jarak aman api (sekat bakar) sebesar 30 meter pada setiap 300 meter wilayah yang akan dibangun. Setiap bangunan harus memiliki jarak antara setidaknya 2 meter. Walaupun sebenarnya jarak yang ideal adalah dua kali dari tinggi bangunan tersebut, untuk menghindari reruntuhan mengenai bangunan di sebelahnya apabila terjadi kerobohan.



Pertimbangkan juga kebiasaan memasak dan memanas makanan para penghuni (seperti tipe kompor yang digunakan dan preferensi lokasi). Penting untuk selalu menyediakan kompor yang aman, peralatan pemadam kebakaran dan pelatihan untuk penghuni. Utamakan penggunaan bahan bangunan dan barang rumah tangga yang tahan api. Informasikan juga kepada penghuni (termasuk mereka yang memiliki keterbatasan gerak dan akses) mengenai pencegahan dan pemadaman kebakaran, serta rencana evakuasi.

Menurunkan tingkat kejahatan: Rancangan dari sebuah permukiman dapat berkontribusi pada penurunan tingkat kejahatan dan kekerasan berbasis gender. Sehingga pertimbangkanlah lokasi dan akses dari hunian, bangunan dan fasilitas lainnya, penerangan, jarak antara kamar mandi dengan hunian, dan mendorong pengawasan pasif dengan meminimalkan wilayah yang terhalang bangunan atau fasilitas lainnya. Selain itu, bangunan yang digunakan sebagai akomodasi kolektif harus memiliki jalur evakuasi alternatif.

Mengubah ancaman dan risiko: Disarankan untuk senantiasa melakukan penilaian rutin terhadap konteks, bahaya dan risiko, seiring dengan berkembangnya keadaan. Termasuk juga di dalamnya terkait ancaman musiman, perubahan pada situasi keamanan, keberadaan artileri yang belum meledak hasil dari konflik yang sebelumnya atau yang sedang berlangsung, atau konsekuensi dari perubahan demografi penghuni.

Keamanan dari akomodasi kolektif dan infrastruktur bersama: Ahli-ahli teknis diperlukan untuk menilai kondisi struktur dari bangunan komunitas, akomodasi kolektif dan struktur lainnya yang dihuni dan terdampak oleh krisis. Pertimbangkan juga potensi ancaman keamanan dan kesehatan.

Dukungan penghidupan: Pertimbangkanlah kegiatan ekonomi pada masa sebelum krisis dan potensi kegiatan penghidupan lainnya setelah masa krisis. Hal ini bisa dimulai dengan mengidentifikasi ketersediaan lahan untuk bercocok tanam dan beternak, atau akses kepada pasar dan/atau kesempatan mata pencarian lainnya. Respons hunian dan permukiman memiliki potensi untuk memberikan pekerjaan baru di tingkat lokal, seperti dalam bidang teknis, distribusi dan buruh lepas. Gunakanlah kegiatan pelatihan dan sosialisasi, demi mencapai target yang telah ditentukan ⊕ lihat *Standar Hunian dan Permukiman 5* dan *Ketahanan Pangan dan Gizi – Standar-standar Penghidupan 7.1 dan 7.2*.

Operasional dan pemeliharaan. Keberadaan dari rencana operasional dan pemeliharaan amat penting untuk memastikan seluruh fasilitas dan layanan (seperti air, sanitasi, saluran limbah, pengelolaan limbah, sekolah) berjalan dengan baik. Komponen kunci dalam menyusun rencana tersebut adalah dengan mendorong partisipasi komunitas, membentuk kelompok pengguna fasilitas dan layanan, menjabarkan peran dan tanggung jawab, serta membuat rencana pemulihan biaya dan pembagian beban biaya.

Penutupan dan penyerahterimaan: Saat akan menutup permukiman, penting bagi pekerja kemanusiaan untuk melakukan usaha rehabilitasi lingkungan yang sesuai, demi mempercepat regenerasi dan pemulihan lingkungan di area dan di sekitar permukiman. Maka disarankan untuk senantiasa memiliki rencana penutupan, yang idealnya disusun saat tahap awal perencanaan permukiman ⊕ lihat *Standar Hunian dan Permukiman 7: Keberlanjutan Lingkungan*.

Selain itu, mengajarkan masyarakat setempat mengenai teknik pengelolaan lahan yang berkelanjutan juga akan memastikan proses pemulihan lingkungan di wilayah bekas permukiman berjalan dengan baik. Apabila memungkinkan, bekerjasama dengan masyarakat setempat untuk melakukan kegiatan penutupan permukiman.

3. Ruang Hidup

Ruang hidup merupakan aspek yang sangat penting bagi kesejahteraan seseorang. Maka, merupakan sebuah hak dan kebutuhan mendasar bagi seseorang atau keluarga untuk memiliki ruang untuk tinggal dan merasa aman dalam menjalankan berbagai kegiatan domestik lainnya.

Standar Hunian dan Permukiman 3: Ruang Hidup

Orang memiliki akses kepada ruang hidup yang aman dan memadai, yang mana dapat memungkinkan mereka dalam menjalani kegiatan rumah tangga dan penghidupan secara bermartabat.

Tindakan-tindakan Kunci

- 1 Memastikan bahwa setiap rumah tangga yang terdampak memiliki ruang hidup yang memadai untuk menjalankan kegiatan domestik yang mendasar.
 - Menyediakan ruang hidup yang dapat menunjang kebutuhan penghuni yang beragam, seperti untuk tidur, menyiapkan makanan, makan, serta menghormati kebiasaan dan budaya keseharian masyarakat lokal.
 - Menyediakan hunian yang ber dinding dan beratap bagi penghuni dan asetnya, demi memberikan rasa aman, martabat, privasi dan perlindungan dari kondisi cuaca.
 - Menyediakan penerangan, ventilasi dan sarana pengaturan suhu yang optimal.
- 2 Memastikan wilayah yang bersinggungan langsung dengan ruang hidup, dapat mendukung akses yang aman bagi penghuni untuk menjalani kegiatan keseharian.
 - Hal ini termasuk di dalamnya area untuk memasak, jamban, mencuci, mandi, kegiatan penghidupan, bersosialisasi dan bermain.
- 3 Mendorong penggunaan teknik dan bahan konstruksi untuk membangun hunian yang dapat diterima secara sosial dan budaya, serta mendukung keberlanjutan lingkungan.

Indikator Kunci

Persentase dari masyarakat terdampak yang memiliki ruang hidup yang memadai, di dalam maupun di sekitar, hunian untuk melakukan kegiatan keseharian

- Ruang hidup minimum per orang adalah 3.5 meter persegi, tidak termasuk ruang untuk memasak, mandi dan fasilitas sanitasi
- Ruang hidup sebesar 4.5-5.5 meter persegi per orang dibutuhkan di daerah beriklim dingin atau wilayah perkotaan, yang mana ruang untuk memasak, mandi dan/atau fasilitas sanitasi termasuk di dalamnya
- Tinggi dari lantai ke langit-langit harus setidaknya 2 meter (2.6 meter di daerah beriklim panas) pada titik tertingginya



Persentase dari hunian yang memenuhi standar teknis dan mutu yang telah disepakati, serta dapat diterima secara budaya

Persentase dari penerima bantuan hunian yang merasa aman tinggal di hunian tersebut

Catatan Panduan

Ruang hidup: Ruang hidup yang tersedia haruslah memadai bagi penghuni untuk melakukan kegiatan keseharian seperti tidur, menyiapkan makanan dan makan, mencuci, berpakaian, menyimpan makanan dan air, serta melindungi aset penting yang mereka miliki. Selain itu, penting untuk senantiasa menjaga privasi dan melakukan pemisahan berdasarkan jenis kelamin, kelompok umur dan keluarga, sesuai dengan norma budaya dan sosial yang berlaku ⊕ lihat *Standar Hunian dan Permukiman 2: Perencanaan Lokasi dan Permukiman*.

Sedapat mungkin, sediakanlah ruang hidup yang memungkinkan penghuni untuk berkumpul, serta merawat bayi, anak dan orang yang sakit atau cedera. Perhatikan juga perubahan yang mungkin terjadi pada pola penggunaan ruang saat siang dan malam, dan rancang agar peletakan jendela, pintu dan partisi dapat memaksimalkan penggunaan ruang internal dan eksternal, seperti dapur dan ruang bermain.

Untuk menunjang berlangsungnya kegiatan tersebut dilakukan secara bermartabat, hunian haruslah memiliki ruang tertutup (dinding, jendela, pintu dan atap) dengan luas ruang yang memadai. Hunian yang terlalu padat atau paparan terhadap elemen luar dapat meningkatkan risiko penyebaran wabah penyakit. Selain itu, ruang yang semakin kecil juga dapat meningkatkan risiko perlindungan, risiko keamanan serta menghilangkan privasi.

Ruang hidup minimum haruslah sesuai dengan normal budaya dan sosial, konteks, fase respons darurat dan sejalan dengan pemerintah nasional atau sektor respons kemanusiaan lainnya. Pertimbangkanlah potensi konsekuensi yang akan terjadi apabila akan menggunakan luas minimum yang telah disarankan (3.5 meter persegi per orang, 4.5 meter persegi di daerah beriklim dingin); dan buatlah persetujuan dengan mitra apabila membutuhkan penyesuaian, dengan target memenuhi standar minimum secepat mungkin.

Apabila dibutuhkan penanganan yang cepat untuk menyelamatkan nyawa penyintas, pertimbangkan tindakan berikut:

- Memasang penutup atap terlebih dahulu di wilayah minimum yang telah ditentukan, serta menindaklanjuti dengan pemasangan dinding, pintu dan jendela; atau
- Membangun hunian dengan luas wilayah yang lebih kecil, serta menindaklanjuti dengan memperbesar luas wilayah tersebut.

Pada beberapa kondisi, standar ruang yang digunakan akan sangat bergantung pada keterbatasan fisik wilayah tersebut. Misal, pada permukiman yang tertutup, wilayah perkotaan yang padat penduduk, atau di daerah yang beriklim ekstrem sehingga bahan bangunan tidak selamanya tersedia. Namun perlu diingat bahwa ruang minimum yang telah disebutkan berlaku pada masa darurat maupun bagi hunian sementara atau transisi. Saat terjadi perpanjangan masa tinggal, maka luas ruang yang dihuni perlu dievaluasi kembali. Pada masa pemulihan, standar yang berlaku di tingkat lokal dan strategi menuju kemandirian masyarakat juga harus menjadi bahan pertimbangan.

Sedapat mungkin, libatkanlah masyarakat terdampak dalam menentukan jenis bantuan yang akan diberikan. Selain itu, jangan lupa untuk senantiasa berembuk dengan

penghuni yang menghabiskan waktu lebih banyak di dalam hunian dan memiliki keterbatasan ruang gerak.

Penting untuk selalu memastikan bahwa ruang hidup dapat diakses bagi kaum disabilitas beserta orang yang hidup dengan mereka. Ingat juga bahwa orang dengan disabilitas, terutama dengan disabilitas intelektual dan psikososial, kemungkinan akan membutuhkan ruang tambahan.

Norma budaya, keamanan dan privasi. Menghargai norma dan kebiasaan yang berlaku, dan bagaimana hal tersebut berdampak pada kebutuhan untuk pemisahan (tirai, dinding) merupakan elemen kunci. Contoh, rancanglah agar hunian dapat menunjang kebiasaan tidur bagi sebuah rumah tangga yang memiliki anggota keluarga tidak langsung, atau bahkan bukan anggota keluarga namun masih termasuk dalam satu rumah tangga.

Dalam sebuah akomodasi kolektif, penting untuk selalu merencanakan dengan matang akses dan penerangan menuju ruang hidup, dengan sekat untuk memisahkan ruang pribadi dan rumah tangga. Hal ini dapat menciptakan privasi dan rasa aman bagi penghuni.

Selain itu, pertimbangkan untuk menyediakan ruang bagi kelompok tertentu dalam berbagi di dalam sebuah akomodasi kolektif. Hal ini dibutuhkan misal, bagi kaum LGBTQI yang memilih untuk hidup dengan teman dari lingkungannya daripada dengan keluarga mereka sendiri.

Perlindungan: Pastikan bahwa ada beberapa jalur keluar bagi hunian, dan bahwa ruang di dalam hunian memiliki akses terbuka kepada ruang publik. Selain itu, pastikan juga bahwa pekerja kemanusiaan yang bertugas mengetahui cara menggunakan proses rujukan terkait kasus kekerasan atau pelecehan dalam rumah tangga, kekerasan, eksploitasi atau pembiaran anak kecil. Perlu diingat juga bahwa perempuan, anak perempuan dan orang yang membutuhkan bantuan dalam hal kebersihan diri, seringkali akan membutuhkan ruang tambahan ⊕ lihat *Standar Promosi Higiene WASH 1.3: Penanganan Higiene Menstruasi dan Inkontensia*.

Dalam konteks akomodasi kolektif, tindakan khusus terkait pencegahan eksploitasi dan kekerasan seksual perlu dilakukan. Bekerjasamalah dengan para penghuni untuk memahami risiko dan cara penanggulangannya, dan usahakan untuk menciptakan sistem komplain yang efektif, yang dapat direspons dengan cepat dan tindak lanjut yang dapat diverifikasi,

Pertimbangan psikososial: Rancangan dan denah hunian sedapat mungkin memiliki ruang terbuka yang cukup agar meningkatkan kesempatan penghuni untuk saling bersosialisasi.

Di daerah beriklim hangat dan lembab, hunian haruslah dirancang sedemikian rupa untuk memaksimalkan ventilasi dan meminimalkan sinar matahari langsung. Perlu diingat bahwa langit-langit yang tinggi akan memperbaiki sirkulasi udara. Selain itu, wilayah luar ruang yang menempel dengan hunian serta memiliki penutup, akan membantu mengurangi paparan sinar matahari langsung dan melindungi hunian dari hujan. Pertimbangkan juga penggunaan area luar ruang yang tertutup sebagai ruang memasak, tentu dengan ruang untuk berkegiatan lain di ruang yang terpisah. Pastikan bahwa atap yang digunakan memiliki kemiringan yang cukup untuk memastikan saluran limbah air hujan dengan tritisan yang besar, kecuali di daerah yang rentan terhadap angin kencang. Bangunan hunian juga disarankan menggunakan bahan bangunan yang ringan, dengan kemampuan termal yang rendah, seperti kayu. Gu-



nakanlah lantai yang ditinggikan untuk mencegah masuknya air ke dalam hunian ⊕ lihat *Standar Hunian dan Permukiman 2: Perencanaan Lokasi dan Permukiman*.

Di daerah beriklim panas dan kering, pastikan untuk menggunakan bahan bangunan yang berat (seperti tanah atau batu) karena hal ini dapat menjaga suhu di dalam hunian di tengah perubahan suhu antara siang dan malam. Selain itu, bisa juga menggunakan bahan yang ringan namun dengan memastikan pemasangan insulator yang memadai. Perhatikanlah rancangan struktur dari konstruksi dengan bahan bangunan yang berat pada daerah rentan gempa. Sedapat mungkin sediakanlah daerah yang tertutup namun juga memiliki ventilasi yang baik. Apabila hanya terpal atau tenda yang tersedia, pasanglah menggunakan lapisan atap ganda, dengan ventilasi di antara lapisannya, untuk mengurangi panas yang terperangkap di dalam hunian. Letakkanlah pintu dan bukaan jendela menjauhi arah angin panas. Selain itu, lantai di dalam hunian juga harus terpasang rapat dengan dinding luar untuk mencegah masuknya debu atau vektor penyakit.

Di daerah beriklim dingin, disarankan untuk membangun hunian dengan langit-langit yang rendah untuk mengurangi ruang hunian yang membutuhkan penghangatan. Bagi hunian yang secara umum ditempati pada siang hari, dibutuhkan bahan bangunan yang berat dengan kapasitas termal yang tinggi. Namun bagi hunian yang hanya ditempati pada malam hari, penggunaan bahan yang ringan dengan pemasangan insulator mungkin akan lebih sesuai. Usahakan untuk mengurangi pergerakan aliran udara, terutama pada bagian pintu dan bukaan jendela, karena hal ini dapat menghasilkan ventilasi yang baik bagi daerah yang membutuhkan panas (seperti untuk memasak), sehingga meningkatkan kenyamanan penghuni.

Ventilasi yang memadai akan mendukung terciptanya lingkungan hunian yang sehat, mencegah proses pengembunan serta mengurangi penyebaran penyakit menular. Hal ini juga dapat mengurangi dampak dari asap saat memasak di dalam hunian, yang mana dapat menyebabkan infeksi pernapasan dan gangguan penglihatan. Sedapat mungkin, manfaatkanlah sistem ventilasi yang alami.

Pengontrolan vektor: Daerah dataran rendah, reruntuhan dan bangunan kosong dapat menjadi tempat berkembang biak vektor penyakit yang mengakibatkan risiko kesehatan masyarakat. Untuk akomodasi bersama, sangat penting untuk memperhatikan pemilihan lokasi dan melakukan kegiatan mitigasi untuk mengurangi dampak dari penyakit menular ⊕ lihat *Standar Pengontrolan Vektor WASH 4.2: Tindakan Individu dan Rumah Tangga untuk Mengendalikan Vektor*.

4. Perlengkapan Rumah Tangga

Bantuan berupa perlengkapan rumah tangga dapat mendukung proses pemulihan kesehatan, pengembalian martabat dan rasa aman, serta mendukung penghuni untuk melakukan kegiatan domestik di dalam dan di sekitar hunian mereka. Standar ini mengacu pada perlengkapan untuk tidur, mempersiapkan dan menyimpan makanan, makan dan minum, menjaga kenyamanan suhu ruangan, sarana penerangan sampai pakaian. Bab WASH juga merincikan lebih lanjut kebutuhan kelambu, ember, wadah penyimpanan air dan kebutuhan terkait higiene diri

Standar Hunian dan Permukiman 4: Perlengkapan rumah tangga

Bantuan berupa perlengkapan rumah tangga dapat mendukung proses pemulihan kesehatan, pengembalian martabat dan rasa aman, serta mendukung penghuni untuk melakukan kegiatan domestik di dalam dan di sekitar hunian mereka.

Tindakan-tindakan Kunci

- 1 ➤ Melakukan penilaian dan memastikan akses kepada perlengkapan yang berkaitan dengan pengerjaan kegiatan domestik yang mendasar.
 - Mempertimbangkan kebutuhan yang berbeda tergantung pada usia, jenis kelamin, faktor disabilitas, praktik sosial dan budaya, serta ukuran keluarga.
 - Mengutamakan akses kepada perlengkapan yang dapat menunjang kegiatan domestik, pakaian, higiene diri dan menjaga keamanan serta kesehatan.
- 2 ➤ Menentukan cara penyaluran bantuan perlengkapan rumah tangga secara efektif dan sesuai.
 - Mempertimbangkan penggunaan bantuan berupa transfer tunai atau kupon untuk memberikan akses kepada perlengkapan yang bisa didapatkan secara lokal, atau menggunakan sistem pengadaan di tingkat lokal, regional maupun internasional untuk mendapatkan bantuan berupa barang.
 - Mempertimbangkan isu lingkungan yang terkait dengan pembungkusan dan pengiriman barang.
- 3 ➤ Melakukan pengawasan terkait ketersediaan, mutu dan penggunaan barang rumah tangga, serta melakukan penyesuaian sebagaimana dibutuhkan.
 - Merencanakan pembelian barang kembali apabila masa pengungsian mengalami perpanjangan.
 - Melakukan pengawasan terhadap sistem pasar, terutama yang berkaitan dengan ketersediaan, harga dan mutu. Cara penyediaan bantuan juga perlu disesuaikan seiring dengan berkembangnya kondisi di lapangan



Indikator Kunci

Warga memiliki pakaian dengan jumlah memadai dan mutu yang layak

- Setiap orang minimum memiliki dua set pakaian lengkap, dalam ukuran yang pas, serta sesuai dengan budaya, cuaca dan iklim setempat, dan disesuaikan apabila terdapat kebutuhan khusus

Warga memiliki perlengkapan tidur dalam jumlah yang cukup dan mutu yang memadai untuk menunjang kegiatan istirahat yang aman dan sehat

- Setiap orang minimum mendapatkan satu selimut dan alas tidur (tikar, matras, spreii). Tambahan selimut atau alas penghangat juga mungkin akan dibutuhkan di daerah beriklim dingin
- Kelambu anti-serangga yang tahan lama, apabila dibutuhkan
Warga memiliki perlengkapan untuk makan, mempersiapkan dan menyimpan makanan dalam jumlah yang cukup dan mutu yang memadai
- Setiap keluarga atau kelompok beranggotakan empat sampai lima orang: dua panci bertutup dan berpegangan ukuran besar, satu wadah untuk menyiapkan atau menghidangkan makanan, satu pisau dapur dan dua centong
- Setiap orang: satu piring makan, satu set peralatan makan dan satu wadah minum

Persentase dari penduduk terdampak yang memiliki akses kepada pasokan energi yang memadai, aman dan terjangkau, untuk menjaga kenyamanan suhu, menyiapkan makanan dan menyediakan penerangan

Angka kecelakaan yang berkaitan dengan penggunaan kompor, atau penyimpanan dan pengambilan bahan bakar

- Menciptakan garis awal untuk keperluan pengawasan dengan target akhir menuju titik nirkejadian (tidak ada kejadian sama sekali)

Catatan Panduan

Keperluan rumah tangga yang mendasar harus tersedia dalam jumlah dan mutu yang memadai untuk menunjang kegiatan:

- tidur, pengaturan kenyamanan suhu dan berpakaian;
- penyimpanan air, persiapan dan penyimpanan makanan, makan dan minum;
- penerangan;
- memasak, merebus dan memanaskan air, termasuk bahan bakar dan pasokan energi ⊕ lihat *Standar Ketahanan Pangan dan Gizi: Ketahanan Pangan Secara Umum*;
- higiene diri, termasuk keperluan untuk menunjang higiene terkait menstruasi dan inkontensia ⊕ lihat *Standar Promosi Higiene WASH 1.2 dan 1.3*;
- perlindungan dari vektor; seperti misal, kelambu ⊕ lihat *Standar Pengendalian Vektor WASH 4.2*; dan
- pengamanan dari asap dan kebakaran.

Menentukan perlengkapan rumah tangga yang sesuai: Pengadaan perlengkapan rumah tangga harus menjadi bagian dari keseluruhan perencanaan. Saat merincikan jenis, jumlah dan mutu suatu barang, utamakan barang-barang utama yang berhubungan dengan keselamatan jiwa. Pertimbangkan juga:

- kegiatan keseharian yang utama di tingkat perorangan, rumah tangga dan komunitas;

- norma budaya, kepastian dan tradisi;
- keselamatan dan kemudahan penggunaan (dengan instruksi tambahan atau panduan teknis yang minim);
- ketahanan, tingkat konsumsi dan kebutuhan untuk pembelian kembali;
- kondisi hidup yang ada dan komposisi pengaturan hidup bermasyarakat;
- ketersediaan di tingkat lokal;
- kebutuhan tertentu yang berkaitan dengan kategori masyarakat yang dilayani, seperti perempuan, anak perempuan, laki-laki, anak laki-laki, bayi, lansia, penyandang disabilitas dan orang atau kelompok rentan lainnya; dan
- dampak lingkungan dari pemilihan barang ⊕ lihat *Standar Hunian dan Permukiman 7: Keberlanjutan Lingkungan*.

Keselamatan: Seluruh benda plastik harus terbuat dari plastik yang aman untuk makanan. Selain itu, seluruh benda metal juga sebaiknya terbuat dari bahan tahan karat (*stainless steel*) atau bahan yang sudah dilapisi enamel.

Pastikan juga peletakan kompor yang terpisah dari perlengkapan rumah tangga lainnya. Untuk kompor yang berada di dalam hunian, letakkan kompor di atas alas yang tidak mudah terbakar. Pasang juga penutup yang tidak mudah terbakar untuk membantu asap keluar dari dalam hunian. Kompor sebaiknya ditempatkan jauh dari pintu masuk untuk memudahkan akses penggunaan. Selain itu, penting untuk menyimpan bahan bakar di tempat yang cukup jauh dari kompor, dan cairan seperti minyak tanah harus diletakkan di tempat yang tidak dapat dijangkau bayi atau anak-anak.

Kenyamanan suhu berarti orang merasa nyaman dengan suhu yang ada, entah itu cukup hangat maupun sejuk, kering dan beratap. Kemudian pakaian, selimut dan alas tidur yang disediakan juga memberikan kenyamanan. Tikar serta sarana penghangat atau pendingin juga penting untuk menciptakan lingkungan hidup yang nyaman. Selalu lakukan segala usaha, baik di tingkat perorangan maupun rumah tangga, untuk mencegah hipotermia dan sengatan panas.

Pasokan bahan bakar dan energi yang terjangkau: Bahan bakar dan sumber energi untuk mendukung penerangan, kegiatan memasak, komunikasi dan kenyamanan suhu penghuni. Proses pengambilan atau pembayaran bahan bakar atau energi akan menjadi pengeluaran rutin yang perlu direncanakan sebelumnya. Usahakan untuk mendorong praktik memasak yang hemat energi, termasuk penggunaan kompor hemat energi, penyiapan kayu bakar, pengetahuan mengenai pemadaman api, teknik penyiapan dan pembagian makanan. Penting juga untuk selalu berembuk dengan masyarakat terdampak dan masyarakat setempat terkait lokasi dan cara pembagian bahan bakar dengan memperhatikan keselamatan pribadi dan isu keberlanjutan lingkungan.

Penerangan buatan harus senantiasa disediakan sesuai dengan kebutuhan untuk mendukung keselamatan diri di dalam maupun di sekitar permukiman, terutama di lokasi dengan penerangan yang minim. Selain korek api dan lilin, pertimbangkan juga untuk menggunakan penerangan buatan yang hemat energi seperti lampu led dan panel tenaga surya.

Program berbasis pasar untuk perlengkapan rumah tangga: Kegiatan penilaian pasar untuk perlengkapan rumah tangga sebaiknya menjadi bagian dari kegiatan penilaian sistem pasar yang lebih luas. Apabila memungkinkan, penyediaan perlengkapan pasar diharapkan dapat mendorong berjalannya sistem pasar lokal. Selain itu, lakukan analisa terhadap pengeluaran terkait barang-barang tersebut, sebagai bagian dari keseluruhan pola pengeluaran rumah tangga. Lakukan juga pengawasan terhadap hal



tersebut seiring perkembangan kondisi di lapangan, dan lakukan penyesuaian apabila dibutuhkan ⊕ lihat *Penyaluran Bantuan Melalui Mekanisme Pasar*.

Distribusi: Penting untuk merencanakan metode distribusi yang efisien dan berkeadilan, melalui proses perembukan dengan pemerintah lokal dan masyarakat terdampak. Pastikan individu atau rumah tangga yang rentan sudah termasuk dalam daftar distribusi, dan bahwa mereka dapat mengakses daftar tersebut dan kegiatan distribusi itu sendiri. Lokasi distribusi harus ditentukan secara cermat, dengan mempertimbangkan jarak tempuh, tingkat kemiringan dan tantangan saat mengirimkan barang yang besar seperti perlengkapan dukungan hunian. Pertimbangkan juga kemungkinan saat mendatangkan kontainer untuk penyimpanan dan transportasi untuk membawa perlengkapan pribadi maupun rumah tangga.

Pengawasan pasca-distribusi: Lakukan penilaian terkait kesesuaian antara proses distribusi dengan perlengkapan rumah tangga yang didistribusikan. Apabila ternyata perlengkapan tersebut tidak digunakan, atau bahkan dijual kembali di pasaran, atau ada keterlambatan dalam mengakses barang, maka lakukanlah penyesuaian proses atau jenis barang yang digunakan. Ingat juga bahwa kebutuhan masyarakat terdampak akan berubah seiring dengan berjalannya waktu, maka program yang dijalankan pun harus melakukan penyesuaian.

5. Pendampingan Teknis

Pendampingan teknis merupakan bagian utama dari respons hunian dan permukiman. Hal ini mendukung proses pemulihan masyarakat terdampak secara swadaya, dan meningkatkan mutu dan keamanan dari hunian mereka. Sehingga penting bagi seluruh masyarakat terdampak untuk secara aktif dilibatkan dalam memilih jenis hunian, rancangan hunian, denah dan bahan bangunan, dan bahkan melakukan pengerjaan atau pengawasan selama proses pembangunan hunian.

Standar Hunian dan Permukiman 5: Pendampingan teknis

Masyarakat memiliki akses kepada pendampingan teknis yang memadai dan tepat waktu.

Tindakan-tindakan Kunci

- 1 Memahami praktik perencanaan dan konstruksi bangunan sebelum masa krisis, ketersediaan bahan bangunan, kepakaran serta kapasitas.
 - Melakukan perembukan dengan masyarakat terdampak, ahli konstruksi dan pemerintah di tingkat lokal, untuk menentukan praktik konstruksi dan bahan bangunan yang akan digunakan, serta mencari ahli yang dibutuhkan untuk melakukan penjaminan mutu.
- 2 Mengikutsertakan dan mendorong keterlibatan masyarakat terdampak, pemerintah lokal dan ahli di tingkat lokal selama proses pembangunan.
 - Mematuhi peraturan yang berlaku terkait dengan perencanaan, pembangunan, spesifikasi bahan bangunan, standar mutu—yang sesuai dengan masa guna hunian—selama melakukan intervensi di tingkat rumah tangga maupun permukiman
 - Melakukan optimalisasi praktik pembangunan dan kesempatan penghidupan di tingkat lokal.
- 3 Mendorong praktik pembangunan yang lebih aman untuk memenuhi kebutuhan hunian saat ini dan mengurangi risiko di masa mendatang.
 - Mengidentifikasi risiko struktur dan ancaman, alasan kerusakan, atau kemungkinan kerusakan di masa mendatang, pada rumah atau hunian yang rusak atau hancur.
 - Melakukan pembelajaran, peningkatan dan inovasi pada praktik dan teknik pembangunan di tingkat lokal; disarankan untuk memfasilitasi proses pembelajaran bagi masyarakat terdampak untuk mendorong praktik pembangunan yang sesuai dan aman.
- 4 Memastikan bahwa masyarakat memiliki akses kepada pendampingan teknis yang memadai.
 - Mempertimbangkan kebutuhan akan tenaga ahli, cara mematuhi standar dan peraturan terkait pembangunan, serta cara meningkatkan kapasitas teknis dari masyarakat terdampak.
 - Memperhatikan kebutuhan masyarakat yang memiliki keterbatasan kapasitas, kemampuan atau kesempatan untuk melakukan kegiatan konstruksi secara tepat dan



aman, atau melakukan negosiasi agar mereka dapat menempati hunian yang sudah ada dan aman secara teknis.

- 5) Menciptakan pengelolaan program yang sesuai terkait bahan bangunan, keuangan, tenaga kerja, pendampingan teknis, untuk memenuhi peraturan yang berlaku serta memastikan mutu dari hasil yang dicapai.
- Mengikuti proses lelang, penawaran, pengadaan, kontrak dan manajemen konstruksi yang sesuai, dengan mematuhi peraturan yang berlaku
 - Mendorong penggunaan teknologi, peralatan dan bahan bangunan yang tersedia di tingkat lokal, serta bekerja sama dengan tenaga lokal untuk melakukan pekerjaan pemeliharaan dan pengembangan hunian.

Indikator Kunci

Persentase dari program yang mana pemerintah atau otoritas lokal ikut serta dalam menentukan standar konstruksi dan melakukan pengawasan terhadap kegiatan pembangunan.

Persentase dari kegiatan pembangunan yang menunjukkan keterlibatan aktif dari masyarakat terdampak.

Persentase dari unit hunian yang dibangun, diperbaiki, ditingkatkan mutunya atau dipelihara sesuai dengan praktik pembangunan yang telah disetujui sesuai dengan konteks ancaman yang ada

Persentase dari rumah tangga yang melaporkan bahwa mereka telah menerima pendampingan dan bimbingan teknis yang sesuai

Catatan Panduan

Partisipasi dan keterlibatan warga terdampak: Partisipasi dalam kegiatan pembangunan hunian harus sesuai dengan praktik di tingkat lokal. Kegiatan pelatihan dan skema magang dapat meningkatkan kesempatan masyarakat (baik yang terdampak maupun warga setempat) untuk turut terlibat selama masa pembangunan. Pastikan juga kesempatan bagi perempuan dan kaum disabilitas untuk berpartisipasi. Bagi orang yang memiliki keterbatasan dalam melakukan kegiatan fisik, dapat berkontribusi dalam melakukan kegiatan pengawasan, pencatatan, administrasi, perawatan anak atau menyiapkan makanan bagi mereka yang melakukan pekerjaan konstruksi. Namun ingat juga bahwa masyarakat terdampak mungkin akan memiliki keterbatasan waktu. Selain itu, libatkan komunitas sukarelawan atau tenaga kontrak untuk mendukung kegiatan konstruksi bagi keluarga tertentu, terutama keluarga yang dikepalai oleh perempuan, anak-anak, lansia atau kaum disabilitas. Bantuan semacam itu sangat penting karena mereka rentan mengalami eksploitasi seksual saat mencari bantuan pembangunan.

Pelibatan kaum muda dalam kegiatan pembangunan: Menjadi bagian dari kegiatan pembangunan dapat menghasilkan kepakaran, kepercayaan diri dan keterikatan dengan masyarakat bagi kaum muda.

Pastikan bahwa anak-anak yang di bawah umur untuk bekerja tidak terlibat dalam kegiatan pembangunan hunian atau program *cash-for-work*. Anak-anak yang berumur di antara usia yang diperbolehkan untuk bekerja (usia 14 atau 15 tahun) dan 18 tahun, diperbolehkan untuk berpartisipasi sesuai dengan perkembangan usianya. Pastikan bahwa keterlibatan mereka sejalan dengan konteks hukum dan peraturan di tingkat nasional. Selain itu, ciptakan mekanisme tertentu untuk memastikan bahwa kegiatan

tersebut mematuhi standar-standar internasional dan nasional terkait ketenagakerjaan, demi menghindari praktik yang membahayakan dan bahkan masalah pekerja anak. Indikasi atau pertanyaan mengenai pekerja anak harus langsung dirujuk kepada ahli perlindungan anak atau pekerja sosial ⊕ lihat *Buku Pegangan CPMS*.

Kepakaran profesional: Kepakaran dari tenaga profesional dibutuhkan untuk memberikan saran terkait perencanaan lokasi dan spasial, teknik konstruksi lokal, penilaian kerusakan, pembongkaran dan pembersihan reruntuhan, konstruksi, pengelolaan lokasi, penilaian ketersediaan bangunan dan penjaminan status kepemilikan dan penggunaan hunian. Hal ini dapat memastikan bahwa hunian yang dibangun akan memenuhi standar yang berlaku. Selain itu, pengetahuan terkait bahan bangunan, pasar tenaga kerja, dukungan hukum dan administrasi juga akan membantu selama kegiatan respons ⊕ lihat *Standar Hunian dan Permukiman 6: Status Kepemilikan dan Penggunaan*.

Kepatuhan terhadap peraturan pembangunan: Disarankan untuk mencari informasi apakah biasanya peraturan pembangunan di tingkat lokal maupun nasional dipatuhi oleh masyarakat setempat. Apabila tidak, maka usahakan untuk mendorong kepatuhan terhadap peraturan yang berlaku. Peraturan yang dimaksud biasanya akan meliputi komponen seperti budaya hunian setempat, kondisi iklim, sumber daya, kapasitas pembangunan dan pemeliharaan, aksesibilitas dan keterjangkauan. Pastikan bahwa program hunian dapat memungkinkan masyarakat untuk mematuhi peraturan pembangunan yang disepakati, terutama apabila bantuan disalurkan secara transfer tunai. Apabila tidak ada standar yang berlaku, maka susunlah standar-standar minimum bekerja sama dengan pemerintah lokal dan pemangku kebijakan terkait (termasuk warga terdampak, apabila memungkinkan), untuk memastikan terpenuhinya persyaratan keselamatan.

Peningkatan kapasitas teknis: Melakukan kegiatan pelatihan dan meningkatkan pemahaman kepada masyarakat terdampak, pemerintah lokal, pekerja bangunan lokal, pekerja terampil maupun tidak terampil, pemilik lahan, pakar hukum dan mitra lokal, dapat meningkatkan kapasitas komunitas.

Di daerah yang rentan terhadap siklus krisis atau krisis musiman, maka libatkan juga tenaga ahli di tingkat lokal yang memiliki pengalaman melakukan praktik baik di tingkat lokal. Orang-orang tersebut dapat memberikan saran yang sesuai terkait rancangan dan praktik pembangunan yang sesuai dengan konteks lokal.

Sumber bahan bangunan: Pada kondisi yang mana bahan bangunan mudah untuk didapatkan secara cepat, maka masyarakat terdampak dapat membangun sendiri hunian mereka. Pemecahan masalah hunian yang diberikan dapat berupa komponen dan material siap pakai, berikut dengan peralatan konstruksi yang sesuai. Penentuan material yang akan digunakan sebaiknya juga mempertimbangkan hasil dari penilaian dan analisa pasar, serta penilaian dampak lingkungan yang dilakukan sebelumnya.

Melakukan pengadaan bahan bangunan dari sumber lokal dapat memberikan dampak baik pada kondisi ekonomi, tenaga kerja atau lingkungan di tingkat lokal. Namun pada beberapa kasus, bahan bangunan yang bermutu akan sulit untuk didapatkan secara lokal. Maka pada kondisi tersebut, gunakanlah alternatif bahan bangunan atau proses produksi lain, atau bahkan menggunakan sistem hunian komersial. Namun selalu pertimbangkan dampak yang mungkin ditimbulkan dari penggunaan bahan bangunan yang tidak umum dalam konteks masyarakat setempat. Hindari penggunaan bahan bangunan yang dihasilkan melalui proses eksploitasi tenaga kerja dan pekerja anak.

Bangunan publik yang aman: Disarankan untuk melakukan perbaikan terhadap bangunan publik seperti sekolah dan pusat kesehatan sehingga bangunan tersebut



tidak menjadi ancaman bagi kesehatan masyarakat dan tahan terhadap bencana. Fasilitas-fasilitas tersebut harus sesuai dengan peraturan pembangunan dan prosedur persetujuan yang berlaku. Pastikan bahwa seluruh masyarakat terlindungi dan memiliki akses yang memadai, termasuk bagi orang yang memiliki keterbatasan ruang gerak dan komunikasi (apabila memungkinkan, berkoordinasilah dengan lembaga yang mewakili kepentingan kaum disabilitas). Berembuklah dengan otoritas terkait saat melakukan perbaikan atau pekerjaan konstruksi pada bangunan tersebut. Selain itu, penting untuk memastikan kegiatan operasional yang terjangkau dan memiliki rencana pemeliharaan.

Pengadaan dan manajemen konstruksi: Susunlah jadwal konstruksi yang merincikan tahapan dan target kunci, seperti tanggal awal dan akhir pengerjaan, serta tanggal dan jangka waktu relokasi bagi para penghuni. Hal ini berlaku untuk kegiatan konstruksi yang dikelola oleh pemilik langsung atau pun oleh kontraktor. Jadwal yang dimaksud juga sebaiknya memasukkan komponen perubahan cuaca dan rencana kontingensi untuk situasi darurat. Selain itu, penting untuk membuat sistem manajemen konstruksi dan pengawasan untuk material, tenaga kerja dan pengawasan di lapangan. Hal ini juga harus mencakup sumber barang, pengadaan, transportasi, penanganan dan administrasi dari keseluruhan proses.

Sedapat mungkin usahakan untuk merekrut tenaga kerja dari masyarakat lokal untuk meningkatkan keterampilan dan mendukung kegiatan penghidupan bagi masyarakat terdampak. Apabila dibutuhkan, rekrutlah tenaga ahli profesional (seperti insinyur, arsitek, penata kota, manajer kontrak atau pengacara) untuk melakukan pekerjaan yang membutuhkan kepakaran khusus.

Pastikan juga untuk memperhatikan isu lingkungan. Salah satunya dengan mendorong kegiatan daur ulang dari bahan bangunan yang masih dapat diselamatkan, tentunya sesuai dengan norma yang berlaku dan memastikan bahwa bahan yang akan digunakan masih memiliki mutu yang layak ⊕ lihat *Standar Hunian dan Permukiman 7: Keberlanjutan Lingkungan*.

Peningkatan mutu dan pemeliharaan. Pada tahap awal, biasanya kegiatan respons hunian akan menyediakan area atau ruang hidup yang tertutup dengan luas area yang minimum. Namun, metode konstruksi dan material yang digunakan pada tahap tersebut harus dapat memudahkan proses pemeliharaan, adaptasi atau peningkatan mutu untuk memenuhi kebutuhan mereka dalam jangka panjang. Proses adaptasi atau peningkatan mutu harus senantiasa dilakukan secara aman, dan sebisa mungkin menggunakan peralatan dan material yang tersedia di tingkat lokal, sehingga tidak asing bagi masyarakat setempat, serta terjangkau.

Peralatan bersama: Penting untuk menyusun prosedur yang merinci tentang penggunaan, pemeliharaan dan penyimpanan dari peralatan dan bahan bersama yang digunakan secara bersama.

6. Status Kepemilikan dan Penggunaan

Kepastian terkait status kepemilikan dan penggunaan hunian sangat penting agar masyarakat dapat hidup di hunian mereka tanpa rasa takut akan pengusiran, baik itu dalam konteks akomodasi kolektif, permukiman informal, menginap di rumah masyarakat setempat atau bahkan setelah kepulauan ke lokasi asal. Maka hal ini merupakan fondasi utama dalam memenuhi hak akan hunian yang layak, serta banyak hak lainnya. Dalam konteks bantuan kemanusiaan, pendekatan yang bertahap mungkin akan menjadi pilihan yang paling sesuai. Dengan melakukan pendekatan tersebut, berarti pekerja kemanusiaan telah mengakui bahwa pemberian dukungan kepada pengungsi, untuk meningkatkan kondisi hidup mereka, dapat dilakukan dalam konteks jenis hunian apa pun. Maka tidak berarti bahwa usaha untuk mendapatkan status kepemilikan atas lahan atau hunian harus selalu diutamakan. Pekerja di sektor hunian telah menyepakati sebuah pemahaman apa yang dapat dikategorikan sebagai “cukup aman” dalam hal dukungan terkait kepemilikan dan penggunaan hunian. Untuk informasi lebih lanjut proses uji tuntas dan apa yang dapat dikategorikan sebagai “cukup aman” ⊕ lihat *Lampiran: Payne and Durand-Lasserve (2012)*.

Standar Hunian dan Permukiman 6: Status Kepemilikan dan Penggunaan

Masyarakat terdampak memiliki jaminan keamanan terkait status kepemilikan dan penggunaan akan jenis hunian dan permukiman yang tersedia

Tindakan-tindakan Kunci

- 1) Menjalankan prinsip kehati-hatian dan proses uji tuntas dalam melakukan perencanaan dan pelaksanaan program.
 - Mendapatkan kepastian legal terkait status kepemilikan dan penggunaan hunian sebanyak mungkin (gunakan pendekatan konsep “cukup aman”), sesuai dengan konteks dan tantangan di lapangan.
 - Melakukan koordinasi dan bekerja sama dengan pemerintah lokal, ahli hukum profesional dan forum antar-lembaga.
- 2) Memahami kerangka dari peraturan dan kebijakan hukum yang berlaku, serta realita di lapangan.
 - Memetakan sistem kepemilikan dan penggunaan hunian, serta pengaturannya, dalam berbagai skenario hunian dan permukiman pasca-krisis; serta mengidentifikasi dampak yang akan ditimbulkan pada kelompok-kelompok rentan.
 - Bekerja sama dengan pemerintah lokal untuk memahami konteks peraturan dan kebijakan yang akan dilakukan dan yang tidak, beserta jangka waktunya.
 - Memahami pengelolaan terkait status kepemilikan dan penggunaan, dan cara penyelesaian konflik akan hal tersebut, beserta perkembangannya seiring berjalannya waktu pasca-krisis.
- 3) Memahami bagaimana sistem, pengelolaan dan praktik terkait status kepemilikan dan penggunaan dapat memengaruhi status kepemilikan dan penggunaan dari masyarakat terdampak.



- Memasukkan faktor kepastian dari status kepemilikan dan penggunaan sebagai indikator kerentanan.
 - Memahami persyaratan dokumen yang dibutuhkan oleh masyarakat yang akan berpartisipasi dalam program respons, dengan pemahaman bahwa sebagian dari masyarakat terdampak kemungkinan besar tidak memiliki akses kepada dokumen-dokumen tersebut.
 - Memastikan bahwa kegiatan respons tidak bias dan memiliki kecondongan kepada pihak yang memiliki status atau pengaturan kepemilikan.
- 4 ▢ Menjalankan program hunian dan permukiman yang mendukung kepastian status kepemilikan dan penggunaan.
- Bekerja sama dengan pihak yang memiliki pengetahuan lokal untuk melakukan adaptasi terhadap sistem kepemilikan dan penggunaan yang berlaku, terutama bagi kelompok rentan.
 - Memastikan bahwa seluruh kelengkapan dokumen, seperti perjanjian kepemilikan atau penggunaan, disiapkan secara cermat dan memasukkan hak-hak dari semua pihak.
 - Mengurangi risiko yang mungkin ditimbulkan dari program hunian, terutama terkait ketegangan di antara masyarakat terdampak atau dengan masyarakat sekitar permukiman.
- 5 ▢ Mendukung prinsip perlindungan dari pengusiran.
- Melakukan proses rujukan untuk mengidentifikasi pilihan alternatif hunian dan bantuan dari sektor lainnya, dalam kasus terjadinya, atau potensi terjadinya, pengusiran.
 - Membantu proses penyelesaian konflik.

Indikator Kunci

Persentase dari penerima bantuan hunian yang memiliki kepastian akan status penggunaan hunian dan permukiman mereka, setidaknya selama jangka waktu program hunian dan permukiman dilaksanakan

Persentase dari penerima bantuan hunian yang memiliki dokumen perjanjian terkait status penggunaan hunian yang telah mereka pilih

Persentase dari penerima bantuan hunian yang memiliki masalah terkait status penggunaan hunian mereka, namun telah mengakses (baik secara pribadi maupun melalui rujukan) bantuan hukum dan/atau mekanisme penyelesaian konflik

- ⊕ *Lihat Prinsip Perlindungan 4.*

Catatan Panduan

Status kepemilikan dan penggunaan mengacu kepada hubungan antar kelompok atau individu terkait dengan aset lahan dan properti, yang terbentuk berdasarkan hukum pemerintah maupun hukum adat, agama atau pengaturan informal. Status ini menentukan siapa yang dapat menggunakan sumber daya apa, untuk berapa lama dan dalam kondisi yang seperti apa. Banyak sekali jenis dari status kepemilikan dan penggunaan yang dimaksud, mulai dari hak milik dan sewa, sampai kepada perumahan darurat dan penggunaan lahan untuk permukiman informal. Perlu diingat bahwa apa pun status yang dimiliki oleh masyarakat terdampak, mereka semua masih memiliki hak untuk mendapatkan rumah, lahan atau properti yang layak. Misal, pengungsi yang hidup di

hunian informal mungkin tidak memiliki hak hukum untuk mendiami lahan tersebut, tapi mereka masih memiliki hak akan hunian yang layak serta perlindungan dari pengusiran. Untuk memastikan bahwa memang sudah ada kejelasan terkait status kepemilikan dan penggunaan, maka dibutuhkan informasi seperti dokumen kepemilikan dan melakukan proses uji tuntas sesuai dengan kebutuhan.

Kepastian terkait status kepemilikan dan penggunaan merupakan komponen utama dalam pemenuhan hak akan hunian yang layak. Hal ini dapat menjamin perlindungan hukum dari pengusiran paksa, pelecehan dan ancaman lain sehingga masyarakat bisa hidup di hunian mereka dengan aman, damai dan bermartabat. Seluruh anggota masyarakat, termasuk perempuan, harus memiliki kepastian terkait status penggunaan hunian yang mereka tempati. Penting juga untuk memahami seluk-beluk dari status tersebut dikelola dan dijalankan, termasuk mekanisme penyelesaian konflik, dan bagaimana hal tersebut berkembang sesuai dengan kondisi di lapangan pasca-krisis. Data yang mungkin dibutuhkan untuk melakukan penilaian terkait status tersebut adalah angka konflik lahan, tingkat pengusiran dan persepsi masyarakat tentang status kepemilikan dan penggunaan.

Status kepemilikan dan penggunaan secara bertahap: Salah satu cara yang paling efektif untuk memperkuat status kepemilikan dan penggunaan adalah dengan mengembangkan sistem kepemilikan dan penggunaan yang sudah ada, sehingga memiliki tingkat legitimasi sosial yang tinggi (lihat *Lampiran: UN Habitat and GLTN Social Tenure Domain Model, dan Payne and Durand-Lasserre (2012)*).

Pertimbangan daerah perkotaan: Mayoritas dari pengungsi yang berada di daerah perkotaan hidup di permukiman informal atau menyewa akomodasi tanpa dokumen perjanjian yang lengkap. Sehingga mereka dihadapkan risiko akan pengusiran paksa dan bentuk-bentuk eksploitasi atau pelecehan lainnya. Maka dari itu, jenis bantuan hunian dan permukiman yang akan diberikan di daerah perkotaan harus memperhatikan kondisi status kepemilikan dan penggunaan yang kompleks, serta mempertimbangkan pendekatan bertahap bagi penyewa, penghuni informal dan lainnya.

Jangan melakukan kerusakan lanjutan: Dalam beberapa kondisi, intervensi terkait hunian justru dapat berujung kepada pengusiran masyarakat terdampak. Dalam konteks lain, membahas isu status kepemilikan dan penggunaan dapat berujung pada meningkatnya risiko pengusiran mereka. Maka melakukan proses uji tuntas menjadi penting untuk mengidentifikasi isu-isu kepemilikan dan penggunaan yang dihadapi oleh setiap kelompok masyarakat. Pada kondisi yang mana risikonya terlalu tinggi, mungkin hal terbaik yang perlu dilakukan adalah dengan tidak melakukan apa pun; daripada mengakibatkan kerusakan lanjutan.

Faktor pemicu pengusiran: Ancaman akan pengusiran dapat terjadi karena beberapa faktor yang saling berhubungan, yang umumnya juga memicu terjadinya tindakan eksploitasi dan penyalahgunaan kuasa. Termasuk di dalamnya:

- Ketidakmampuan membayar sewa, yang biasanya dikarenakan oleh minimnya kegiatan penghidupan dan hak untuk bekerja;
- Ketiadaan dokumen perjanjian dengan pemilik lahan/bangunan, sehingga penghuni rentan terhadap kenaikan biaya sewa dan pengusiran;
- Konflik atau perselisihan dengan pemilik lahan/bangunan;
- Diskriminasi terhadap warga terdampak;
- Pembatasan terhadap penghuni untuk melakukan perbaikan hunian, yang apabila dilanggar dapat meningkatkan risiko pengusiran;



- Penghuni atau pengguna lahan yang dapat dibangun tidak memiliki akses hukum kepada perangkat sipil terkait status mereka;
- Transaksi dilaksanakan dengan menggunakan kerangka hukum agama atau adat, sehingga tidak diakui oleh hukum negara, atau sebaliknya;
- Bagi perempuan: perceraian, kekerasan dalam rumah tangga, atau meninggalnya suami mereka; dan
- Kurangnya kelengkapan dokumentasi sipil bagi perempuan (mungkin karena mereka masuk ke dalam dokumentasi ayah atau suaminya), dan bagi kelompok marjinal lainnya.

Pengusiran dan relokasi: Pemandangan lokasi hunian atau permukiman mungkin dibutuhkan dan sejalan dengan hak asasi manusia untuk melindungi kesehatan dan keselamatan penghuni yang terpapar akan bencana alam, bahaya lingkungan atau untuk melindungi sumber daya alam yang krusial. Namun sangat tidak dibenarkan untuk menyalahgunakan kebijakan terkait perlindungan kesehatan masyarakat dan lingkungan sebagai pembenaran bagi tindakan pengusiran, apalagi ketika tidak terdapat pilihan lain. Hal ini bertentangan dengan hukum hak asasi manusia internasional.

7. Keberlanjutan Lingkungan

Keberlanjutan lingkungan mengacu kepada kegiatan program yang bertanggung jawab dalam memenuhi kebutuhan masa kini, tanpa mengorbankan kemampuan generasi mendatang dalam memenuhi kebutuhan mereka di masa mendatang. Dalam jangka pendek, mengabaikan faktor keberlanjutan lingkungan dapat memperlambat proses pemulihan, memperburuk masalah yang ada atau bahkan menimbulkan masalah baru
 ⊕ lihat *Prinsip Perlindungan 1* dan *Komitmen Standar Kemanusiaan Inti 3 dan 9*.

Standar Hunian dan Permukiman 7: Keberlanjutan Lingkungan

Bantuan hunian dan permukiman dapat meminimalkan dampak buruk program kepada lingkungan sekitar.

Tindakan-tindakan Kunci

- 1 Melakukan integrasi penilaian dan pengelolaan dampak lingkungan dengan seluruh perencanaan terkait hunian dan permukiman.
 - Melakukan penilaian dampak lingkungan dari krisis yang terjadi, serta risiko dan kerentanan lingkungan, untuk meminimalkan dampak buruk dari jenis bantuan hunian dan permukiman yang ditawarkan.
 - Mengikutsertakan rencana pengelolaan lingkungan ke dalam prosedur operasional dan pengawasan.
- 2 Memilih teknik dan material yang paling mendukung proses keberlanjutan lingkungan dari keseluruhan pilihan yang ada.
 - Memilih teknik dan bahan yang tidak menghabiskan sumber daya lokal dan tidak berkontribusi pada kerusakan lingkungan jangka panjang.
 - Melakukan usaha penggunaan kembali atau daur ulang untuk bahan-bahan yang masih layak untuk digunakan, termasuk hasil dari reruntuhan.
- 3 Mengelola limbah padat dengan cara yang aman, tepat waktu, sesuai dengan budaya yang berlaku dan mendukung keberlanjutan lingkungan di seluruh permukiman.
 - Melakukan koordinasi dengan sektor WASH, kesehatan, pekerjaan umum dan otoritas lain, termasuk sektor usaha dan pemangku kepentingan lainnya, untuk membuat sistem pengelolaan limbah padat yang berkelanjutan.
- 4 Membuat, mengembalikan dan mendorong sistem pasokan energi yang aman, dapat diandalkan, terjangkau dan mendukung keberlanjutan lingkungan.
 - Menentukan apakah sistem pasokan energi yang sedang berjalan memiliki dampak buruk lingkungan kepada sumber daya alam, kesehatan dan keamanan, serta menyebabkan polusi.
 - Memastikan bahwa pilihan pasokan energi yang baru, atau telah diperbaiki, memenuhi kebutuhan pengguna, serta dilengkapi dengan kegiatan pelatihan dan tindak lanjut sesuai dengan kebutuhan.



- 5) Melindungi, mengembalikan dan memperbaiki nilai ekologi dari lokasi operasi atau kegiatan (seperti lokasi permukiman sementara), selama dan setelah masa penggunaan.
- Melakukan penilaian terhadap kondisi awal lingkungan dan ketersediaan sumber daya lokal untuk setiap lokasi, dan mengidentifikasi kerusakan lingkungan; termasuk kerusakan yang disebabkan oleh kegiatan komersial atau industri pada masa penggunaan sebelumnya.
 - Menindaklanjuti kerusakan yang telah amat jelas terjadi di lokasi, serta memperbaiki degradasi lingkungan yang mendesak, selagi meminimalkan tingkat pengambilan vegetasi dan perusakan sistem saluran limbah alami.
 - Meninggalkan lokasi dalam kondisi yang memungkinkan masyarakat setempat untuk segera memanfaatkan lokasi tersebut, dan apabila memungkinkan, membuatnya menjadi lebih baik dari sebelum masa penggunaan.

Indikator Kunci

Persentase dari kegiatan hunian dan permukiman yang diawali dengan proses peninjauan lingkungan

Jumlah rekomendasi dari dokumen rencana pengelolaan dan pengawasan lingkungan yang telah dilaksanakan

Persentase dari pembangunan hunian yang menggunakan material konstruksi dan metode pengadaan, dengan tingkat emisi karbon yang rendah

Persentase dari limbah padat di lokasi yang digunakan kembali, baik untuk fungsi yang sama maupun berbeda, atau didaur ulang

- Targetnya adalah di atas 70 persen dari volume limbah

Persentase dari lokasi permukiman sementara yang direstorasi dan menghasilkan kondisi lingkungan yang lebih baik dari sebelum masa penggunaan

Catatan Panduan

Penilaian dampak lingkungan terdiri dari tiga elemen: deskripsi terkait kondisi awal dari lingkungan lokal; pemahaman dari kegiatan yang akan dijalankan, beserta potensi ancaman lingkungan yang akan ditimbulkan; dan pemahaman terkait konsekuensi apabila ancaman tersebut terjadi.

Sangat membantu bila berkonsultasi dengan lembaga lingkungan yang sesuai. Beberapa hal kunci yang perlu menjadi bahan pertimbangan dalam sebuah penilaian dampak lingkungan adalah:

- akses dan penggunaan sumber daya lokal sebelum masa krisis, termasuk yang terkait dengan bahan bakar, bahan bangunan, sumber air dan pengelolaan limbah;
- tingkat ketersediaan sumber daya di tingkat lokal, dan dampak dari krisis terhadap aset-aset tersebut;
- isu sosial, ekonomi dan budaya (termasuk peran gender) yang mungkin akan memengaruhi keberlanjutan dari respons yang dilaksanakan dan dapat meningkatkan tingkat efektivitas dan efisiensi respons secara keseluruhan.

Sumber material: Saat mengambil sumber daya alam seperti air, kayu, pasir, tanah dan rumput, serta bahan bakar untuk membakar batu bata dan genteng, perhatikanlah

sumbernya dan dampak lingkungan yang mungkin terjadi. Doronglah penggunaan bahan dari sumber yang berbeda, penggunaan kembali bahan yang dapat diselamatkan dan masih layak pakai, serta produksi bahan-bahan alternatif. Misal, kegiatan penanaman hutan kembali merupakan cara yang baik untuk menghasilkan bahan bangunan yang berkelanjutan. Hindarilah penggunaan bahan yang dihasilkan melalui proses eksploitasi tenaga kerja anak maupun dewasa ⊕ lihat *Penyaluran bantuan melalui mekanisme pasar*.

Pemilihan lokasi: Hasil dari kegiatan penilaian dampak lingkungan haruslah menjadi bahan pertimbangan dalam memilih lokasi. Sebagai contoh, memilih lokasi permukiman yang dekat dengan fasilitas dan infrastruktur yang sudah ada, dapat mengurangi dampak lingkungan dari pembangunan infrastruktur baru. Pertimbangkan juga paparan kepada risiko yang berkaitan dengan iklim ⊕ lihat *Standar Hunian dan Permukiman 2: Perencanaan Lokasi dan Permukiman*.

Erosi: Penting untuk menjaga keberadaan pepohonan dan vegetasi lainnya demi menstabilkan kondisi tanah dan memaksimalkan naungan dan perlindungan dari dampak cuaca. Menggunakan kontur alami untuk mendukung keberadaan jalan, jalur dan jaringan saluran limbah juga dapat mengurangi risiko erosi dan banjir. Apabila dibutuhkan, buatlah saluran saluran limbah dengan memasang pipa saluran limbah di bawah jalan atau gundukan tanah, untuk mencegah erosi tanah. Apabila kemiringan lahan tersebut di atas 5 persen, maka intervensi teknis perlu dilakukan untuk mencegah erosi yang berlebihan.

Pengelolaan reruntuhan dan pemanfaatan limbah: Perencanaan terkait pengelolaan reruntuhan sebaiknya dilaksanakan segera setelah masa krisis, demi mendorong penggunaan ulang reruntuhan, baik untuk tujuan yang sama atau pun berbeda, dan juga proses pembuangan yang aman.

Selain itu, akan selalu ada potensi untuk pemanfaatan limbah, baik untuk tujuan yang sama atau pun berbeda, dalam konteks bantuan kemanusiaan. Pemanfaatan ulang material, sebagai bagian dari strategi pengelolaan limbah padat, akan selalu tergantung kepada norma kebiasaan dan budaya terkait pengelolaan limbah, serta ketersediaan bisnis yang bersedia untuk membeli bahan tersebut. Perlu diingat juga bahwa kemungkinan untuk menghasilkan sesuatu yang baru dari pemanfaatan ulang sebuah material akan selalu ada dalam konteks bantuan kemanusiaan ⊕ lihat *Standar Manajemen Tinjau WASH 3.1 dan Standar Pengelolaan Limbah Padat WASH 5.1 dan 5.3*.

Energi: Saat melakukan pekerjaan terkait konsumsi energi, pertimbangkan juga faktor iklim, ketersediaan sumber daya alam, polusi dalam dan luar ruang, dampak kesehatan, keamanan, dan pilihan pengguna. Bila memungkinkan, program yang dijalankan senantiasa dapat mengurangi kebutuhan energi rumah tangga. Hal-hal seperti penggunaan rancangan yang mendukung penggunaan energi secara efisien, penggunaan pendekatan pasif melalui konstruksi struktur terkait suhu ruangan serta penggunaan perlengkapan rumah yang hemat energi (seperti lampu tenaga surya) dapat mengurangi biaya rumah tangga dan dampak lingkungan ⊕ lihat *Standar Ketahanan Pangan dan Gizi 5: Ketahanan pangan secara umum*.

Disarankan untuk selalu mengidentifikasi risiko yang akan ditimbulkan sebagai akibat dari rusaknya pasokan energi, seperti misal rusaknya jaringan listrik dan bocornya tangki penyimpanan bahan bakar. Lakukanlah koordinasi dengan pemerintah lokal dan pihak penyedia energi, untuk mengembalikan keadaan, menyediakan dan menjaga pasokan energi. Apabila dibutuhkan, kegiatan subsidi atau insentif yang lain mungkin dapat menjadi pilihan untuk memastikan keamanan dan mengurangi polusi serta mengurangi tekanan terhadap penggunaan sumber daya alam.



Pengelolaan sumber daya alam: Dalam kondisi ketersediaan sumber daya alam yang terbatas, maka keberadaan rencana pengelolaan sumber daya alam menjadi sangat penting. Apabila dibutuhkan, lakukan konsultasi dengan tenaga ahli eksternal. Rencana pengelolaan sumber daya alam mungkin akan berisi rekomendasi terkait pasokan bahan bakar dari luar dan pilihan-pilihan terkait lokasi penggembalaan ternak, pertanian dan kegiatan mata pencaharian lain yang bergantung pada sumber daya alam. Sebuah permukiman yang besar dan terkelola dengan baik mungkin saja akan lebih mendukung prinsip keberlanjutan lingkungan dibandingkan dengan beberapa permukiman kecil yang tersebar, sehingga sulit untuk dilakukan pengelolaan dan pengawasan. Namun, perlu diingat bahwa sebuah permukiman komunal yang besar bisa juga menjadi sebuah ancaman bagi masyarakat setempat di sekitar permukiman, dibandingkan dengan permukiman yang tersebar dan lebih kecil. Maka, pekerja kemanusiaan di sektor hunian harus selalu mempertimbangkan dampak dari intervensi kepada kebutuhan masyarakat sekitar terkait sumber daya alam yang ada ⊕ lihat *Komitmen Standar Kemanusiaan Inti 9* dan *Buku Pegangan LEGS*.

Konteks daerah perkotaan dan perdesaan: Masyarakat dari daerah perdesaan cenderung (untuk) memiliki ketergantungan terhadap sumber daya alam di sekitar lingkungan hidupnya, dibandingkan dengan masyarakat perkotaan. Namun, perlu diingat bahwa daerah perkotaan mengambil sumber daya dalam jumlah yang besar, seperti kayu, pasir, semen, batu bata dan bahan bangunan lainnya, dari daerah resapan di sekitarnya. Maka keputusan yang berdasarkan pada informasi yang tepat perlu dilakukan saat akan menggunakan material konstruksi dalam jumlah yang besar, dalam konteks perkotaan atau program permukiman berskala besar, yang mana dampak lingkungan dari hal tersebut dapat menjangkau daerah di luar area program

Lampiran 1

Daftar Periksa Penilaian Hunian dan Permukiman

Daftar pertanyaan di bawah dapat digunakan sebagai daftar periksa untuk memastikan bahwa data yang dibutuhkan bagi kegiatan respons hunian dan permukiman pasca-krisis telah tersedia. Namun, daftar pertanyaan ini bukanlah sebuah keharusan, silakan digunakan dan disesuaikan sesuai dengan kebutuhan.

Informasi lain terkait penyebab krisis, kondisi keamanan, demografi dasar dari pengungsi atau pun masyarakat sekitar, dan pihak kunci untuk dikonsultasikan, perlu didapatkan secara terpisah.

Penilaian dan Koordinasi

- Apakah mekanisme koordinasi telah disetujui dan dijalankan oleh otoritas terkait dan lembaga-lembaga kemanusiaan?
- Apakah data dasar terkait masyarakat terdampak, serta informasi ancaman dan kerentanan serta risiko terkait hunian dan permukiman, telah tersedia?
- Apakah ada rencana kontingensi yang dapat digunakan untuk mendukung kegiatan respons?
- Apakah informasi terkait kegiatan penilaian awal telah tersedia?
- Apakah kegiatan penilaian antar-lembaga dan multi-sektor telah direncanakan, dan apakah hal-hal terkait hunian, permukiman, dan perlengkapan rumah tangga termasuk di dalamnya?

Demografi

- Berapa rerata jumlah anggota keluarga dalam sebuah rumah tangga?
- Berapa jumlah masyarakat terdampak yang tinggal di berbagai jenis hunian? Pertimbangkan juga kelompok yang hidup di luar susunan keluarga, seperti anak-anak tanpa pendamping, rumah tangga yang jumlah anggotanya di luar rata-rata, dan lainnya. Ingat untuk senantiasa memisahkan data berdasarkan jenis kelamin, usia, jenis disabilitas, etnis, bahasa atau agama, sesuai dengan konteks di lapangan.
- Berapa jumlah rumah tangga terdampak yang tidak memiliki akses kepada hunian yang layak, dan di mana lokasi rumah tangga tersebut?
- Berapa jumlah orang (dipisahkan berdasarkan jenis kelamin, usia dan jenis disabilitas) yang tidak terdaftar sebagai bagian dari sebuah rumah tangga, dan tidak memiliki akses kepada hunian yang layak; dan di mana lokasi mereka?
- Berapa jumlah rumah tangga terdampak yang tidak mengungsi, namun juga tidak memiliki akses kepada hunian yang layak, sehingga dapat dibantu di lokasi rumah asal mereka?
- Berapa jumlah rumah tangga terdampak yang mengungsi, dan tidak memiliki akses kepada hunian yang layak, sehingga membutuhkan bantuan hunian berupa menginap di masyarakat setempat atau di permukiman sementara?
- Berapa jumlah orang (dipisahkan berdasarkan jenis kelamin dan usia) yang tidak memiliki akses kepada fasilitas umum seperti sekolah, fasilitas kesehatan dan pusat kegiatan masyarakat?



Risiko

- Apa saja risiko langsung kepada kehidupan, kesehatan dan keamanan, yang disebabkan oleh kurangnya akses kepada hunian yang layak, dan berapa jumlah orang yang rentan terhadap hal tersebut?
- Apa saja risiko tidak langsung kepada kehidupan, kesehatan dan keamanan, yang disebabkan oleh kurangnya akses kepada hunian yang layak?
- Bagaimana sistem, pengaturan dan praktik terkait status kepemilikan dan penggunaan yang dapat berdampak pada kepastian status kepemilikan dan penggunaan dari masyarakat yang rentan dan marjinal?
- Apa saja risiko tertentu bagi kelompok rentan, termasuk perempuan, anak-anak, anak-anak tanpa pendamping, dan penyandang disabilitas atau penyakit kronis, yang diakibatkan oleh kurangnya akses kepada hunian yang layak, dan mengapa?
- Apa saja dampak kehadiran pengungsi bagi masyarakat setempat di sekitar lokasi pengungsian?
- Apa saja potensi risiko terjadinya konflik atau diskriminasi di dalam atau antar kelompok di dalam sebuah penduduk masyarakat terdampak, khususnya bagi perempuan dan anak perempuan?

Sumber Daya dan Tantangan

- Apa saja bahan, serta sumber daya manusia dan keuangan, yang dimiliki oleh masyarakat terdampak, yang dapat digunakan untuk memenuhi (beberapa atau keseluruhan) kebutuhan mendesak terkait hunian?
- Apa saja isu terkait ketersediaan, kepemilikan dan penggunaan lahan yang berdampak pada kemampuan masyarakat terdampak dalam memenuhi kebutuhan hunian mereka, termasuk pembangunan permukiman komunal sementara apabila dibutuhkan?
- Apa saja potensi risiko yang mungkin akan dihadapi oleh masyarakat setempat, apabila mereka setuju untuk mempersilakan pengungsi menginap di rumah mereka atau hidup di lahan sekitar mereka?
- Apa saja kesempatan dan tantangan terkait penggunaan bangunan atau struktur yang ada, sebagai hunian sementara bagi pengungsi?
- Apakah lahan kosong yang tersedia cocok untuk dijadikan lokasi permukiman sementara, dengan mempertimbangkan topografi dan faktor lingkungan lainnya?
- Apa saja persyaratan dan tantangan terkait hukum dan kebijakan, yang dapat berdampak pada pelaksanaan bantuan hunian?

Bahan Bangunan, Rancangan dan Konstruksi

- Apa saja bahan bangunan dan pemecahan masalah terkait hunian yang telah disediakan oleh warga terdampak, penduduk terdampak atau pihak lain, pada tahap awal krisis?
- Apa saja bahan yang dapat diselamatkan dari bangunan yang rusak, dan dapat digunakan kembali dalam kegiatan rekonstruksi hunian?
- Apa saja jenis praktik pembangunan atau konstruksi yang biasa dilakukan oleh warga terdampak, dan material apa yang mereka gunakan untuk membuat rangka, atap dan penutup dinding luar?
- Apa saja pilihan pemecahan masalah terkait rancangan dan bahan bangunan yang tersedia dan tidak asing, sehingga bisa diterima oleh warga terdampak?

- Apa saja pilihan rancangan yang dapat memastikan keamanan, akses dan penggunaan pemecahan masalah hunian oleh warga terdampak?
- Bagaimana cara agar pemecahan masalah hunian yang telah diidentifikasi dapat meminimalkan risiko dan kerentanan di masa mendatang?
- Bagaimana metode pembangunan hunian biasanya dilaksanakan, dan oleh siapa?
- Bagaimana bahan bangunan biasanya didapatkan dan oleh siapa?
- Bagaimana perempuan, anak muda, kaum disabilitas dan lansia, dapat dilatih atau didampingi untuk terlibat dalam pembangunan hunian mereka, dan apa saja tantangannya?
- Apa saja celah yang dapat diisi oleh pekerja kemanusiaan terkait kurangnya kapasitas atau kesempatan bagi individu atau kelompok untuk membangun kembali hunian mereka? Termasuk misal, penyediaan tenaga sukarelawan atau kontrak, serta pendampingan teknis..

Kegiatan Rumah Tangga dan Penghidupan

- Apa saja kegiatan rumah tangga dan penghidupan yang biasa dilakukan di dalam atau di sekitar hunian warga terdampak, dan apakah ruang dan rancangan yang tersedia saat ini memungkinkan kegiatan tersebut untuk terus dilakukan?
- Apa saja dukungan terkait penghidupan, yang legal secara hukum dan mendukung keberlanjutan lingkungan, yang dapat diberikan melalui pengadaan bahan bangunan dan kegiatan pembangunan hunian dan permukiman?

Layanan Dasar dan Fasilitas Komunal

- Apa saja kegiatan rumah tangga dan penghidupan yang biasa dilakukan di dalam atau di sekitar hunian masyarakat terdampak dan apakah ruang dan rancangan yang tersedia saat ini memungkinkan kegiatan tersebut untuk terus dilakukan?
- Apa saja dukungan terkait penghidupan yang legal secara hukum dan mendukung keberlanjutan lingkungan, yang dapat diberikan melalui pengadaan bahan bangunan dan kegiatan pembangunan hunian dan permukiman?

Masyarakat Sekitar dan Dampak Lingkungan

- Apa saja isu yang muncul dari masyarakat di sekitar lokasi hunian atau permukiman?
- Apa saja tantangan baik secara pengaturan maupun fisik dalam menginapkan pengungsi bersama masyarakat setempat atau di dalam permukiman sementara?
- Apa saja isu lingkungan terkait pengambilan sumber daya untuk keperluan konstruksi?
- Apa saja dampak lingkungan yang mungkin terjadi terkait dengan kebutuhan pengungsi akan bahan bakar, sanitasi, pembuangan limbah, penggembalaan ternak dan lainnya?

Kebutuhan Perlengkapan Rumah Tangga

- Apa saja kebutuhan non-pangan yang mendesak bagi masyarakat terdampak?
- Apakah kebutuhan non-pangan tersebut dapat didapatkan di tingkat lokal?
- Apakah penggunaan uang tunai atau kupon memungkinkan?
- Apakah akan dibutuhkan pendampingan teknis untuk mendukung penyediaan bahan dan perlengkapan terkait hunian?



Pakaian dan Perlengkapan Tidur

- Apa saja jenis pakaian, selimut dan perlengkapan tidur lainnya yang biasa digunakan oleh perempuan, laki-laki, anak-anak, bayi, perempuan hamil dan menyusui, kaum disabilitas dan lansia? Apakah ada pertimbangan khusus terkait norma sosial dan budaya yang berlaku?
- Berapa jumlah perempuan dan laki-laki (dari seluruh kelompok umur), serta anak-anak dan bayi, yang tidak memiliki akses kepada pakaian, selimut dan perlengkapan tidur lainnya, sehingga kesulitan untuk mendapatkan perlindungan dari dampak buruk cuaca dan untuk menjaga kesehatan, martabat serta kesejahteraan mereka?
- Apa saja risiko potensial bagi kehidupan, kesehatan dan keselamatan diri dari masyarakat terdampak, apabila kebutuhan mereka akan pakaian, selimut serta perlengkapan tidur lainnya tidak terpenuhi?
- Apakah tindakan pengontrolan vektor, terutama penyediaan kelambu, dibutuhkan untuk memastikan kesehatan dan kesejahteraan rumah tangga terdampak?

Memasak, Makan, Kompor dan Bahan Bakar

- Apa saja perlengkapan memasak dan makan yang biasa digunakan oleh rumah tangga sebelum krisis?
- Berapa jumlah rumah tangga yang tidak memiliki akses kepada perlengkapan memasak dan makan yang memadai?
- Bagaimana cara masyarakat terdampak biasanya memasak dan menghangatkan makanan sebelum krisis, dan di mana mereka biasa memasak?
- Apa jenis bahan bakar yang biasa digunakan untuk memasak dan menghangatkan makanan, dan di mana bahan tersebut biasa didapatkan?
- Berapa jumlah rumah tangga yang tidak memiliki akses kepada kompor untuk memasak dan menghangatkan makanan, dan mengapa?
- Berapa jumlah rumah tangga yang tidak memiliki akses kepada pasokan bahan bakar yang memadai untuk memasak dan menghangatkan makanan?
- Apa saja kesempatan dan tantangan (khususnya terkait isu lingkungan) dalam mendapatkan pasokan bahan bakar yang cukup bagi masyarakat terdampak dan masyarakat sekitar?
- Apa saja dampak bagi masyarakat terdampak, khususnya perempuan dari seluruh kelompok umur, dalam mendapatkan pasokan bahan bakar yang cukup?
- Apakah isu budaya terkait kegiatan memasak dan makan sudah dimasukkan sebagai bahan pertimbangan?

Peralatan dan Perlengkapan

- Apa saja peralatan dasar yang tersedia bagi rumah tangga terdampak untuk melakukan kegiatan perbaikan, pembangunan atau pemeliharaan hunian?
- Apakah peralatan dasar untuk kegiatan pembangunan, pemeliharaan dan pembersihan reruntuhan juga dapat digunakan untuk mendukung kegiatan penghidupan?
- Apa saja kegiatan pelatihan atau sosialisasi yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat akan penggunaan peralatan secara aman?

Lampiran 2

Deskripsi Skenario Permukiman

Skenario permukiman dapat digunakan sebagai acuan dalam melakukan pengkategorian tingkat awal terkait di mana dan bagaimana masyarakat terdampak hidup. Pemahaman kondisi krisis terkait skenario di bawah dapat membantu pekerja kemanusiaan dalam merencanakan strategi bantuan. Ingat untuk selalu mengumpulkan informasi serinci mungkin untuk mendukung kegiatan perencanaan ⊕ Lihat Lampiran 3: *Karakteristik Tambahan dari Skenario Permukiman.*

Kelompok Penduduk	Skenario Permukiman	Deskripsi	Contoh
Masyarakat yang tidak mengungsi	Lahan atau akomodasi yang dihuni oleh pemilik	Penghuni memiliki status kepemilikan (formal atau informal) terkait properti dan/atau lahan yang ia huni, atau bagian dari kepemilikan bersama.	Rumah, apartemen, lahan
	Lahan atau akomodasi yang disewa	Dengan menyewa, penghuni dapat menggunakan hunian atau lahan untuk jangka waktu tertentu dengan biaya tertentu (tanpa perubahan status kepemilikan), berdasarkan perjanjian tertulis maupun verbal dengan pihak pemilik; baik itu swasta maupun pemerintah.	
	Lahan atau akomodasi yang dihuni secara informal	Penghuni tinggal di properti dan/atau lahan tanpa persetujuan eksplisit dari pemilik atau pihak yang memiliki wewenang akan hal tersebut.	Rumah kosong, apartemen kosong, lahan kosong
Pengungsi yang tersebar	Pengaturan sewa	Dengan menyewa, penghuni dapat menggunakan hunian atau lahan untuk jangka waktu tertentu dengan biaya tertentu (tanpa perubahan status kepemilikan), berdasarkan perjanjian tertulis maupun verbal dengan pihak pemilik; baik itu swasta maupun pemerintah. Penyewaan ini dapat dilakukan melalui pembiayaan mandiri secara perorangan atau komunal, atau pun melalui mekanisme subsidi dari pemerintah atau lembaga kemanusiaan.	Rumah, apartemen, lahan yang tersedia dan siap untuk digunakan



Pengungsi yang tersebar	Pengaturan hunian yang disediakan oleh masyarakat setempat	Masyarakat setempat menyediakan hunian bagi keluarga yang mengungsi, atau sebuah penduduk pengungsi secara keseluruhan	Rumah, apartemen, lahan yang telah dihuni atau disediakan oleh masyarakat setempat
	Pengaturan secara spontan	Pengungsi secara spontan menghuni sebuah lokasi tanpa persetujuan dari pihak yang terkait (seperti pemilik, pemerintah lokal, lembaga kemanusiaan dan/atau masyarakat setempat).	Rumah kosong, apartemen kosong, lahan kosong, sisi jalan
Pengungsi komunal	Akomodasi kolektif	Fasilitas atau bangunan yang sudah ada, yang dijadikan sebagai hunian oleh beberapa pengungsi. Infrastruktur dan layanan dasar tersedia secara komunal, atau akses kepada hal tersebut memungkinkan.	Bangunan publik, pusat evakuasi, transit dan penampungan, bangunan yang sudah tidak dipakai, bangunan milik swasta, bangunan yang belum selesai
	Permukiman yang direncanakan	Permukiman yang memang khusus dibangun untuk para pengungsi, yang mana denah lokasi dirancang dan dikelola secara khusus, dengan ketersediaan infrastruktur, fasilitas dan layanan dasar yang memadai.	Permukiman formal yang dikelola oleh pemerintah, Persatuan Bangsa-bangsa (PBB), lembaga swadaya masyarakat atau perkumpulan sipil. Termasuk juga di dalamnya pusat transit dan penampungan, atau lokasi evakuasi
	Permukiman yang tidak direncanakan	Beberapa pengungsi yang secara spontan dan bersama-sama menghuni sebuah lokasi, dan membuat sebuah permukiman yang baru. Pengungsi mungkin saja sudah memiliki pengaturan sewa dengan pemilik lahan/bangunan tersebut. Namun seringkali hal ini terjadi tanpa perjanjian sebelumnya dengan pihak terkait (seperti pemilik, pemerintah lokal dan/atau masyarakat setempat). Layanan dasar di lokasi tersebut biasanya tidak direncanakan pada tahap awal.	Lokasi atau permukiman informal

Lampiran 3

Karakteristik Tambahan dari Skenario Permukiman

Tabel di bawah menggambarkan karakteristik sekunder yang dikembangkan dari skenario permukiman yang dijabarkan di ⊕ *Lampiran 2: Deskripsi Skenario Permukiman*. Informasi ini dapat digunakan untuk memahami situasi krisis secara lebih dalam dan mendukung proses perencanaan secara lebih terperinci.

Catatan: Jenis karakteristik beserta definisinya akan beragam tergantung dengan konteks dan harus sejalan dengan panduan yang berlaku. Apabila dibutuhkan, buatlah karakteristik tambahan sesuai dengan konteks tertentu.

Kategori	Contoh	Catatan
Tipe penduduk pengungsi	Pengungsi lintas negara, pencari suaka, pengungsi internal, pengungsi lintas negara yang kembali ke negara asal, pengungsi internal yang kembali ke daerah asal, dan lainnya (misal, migran)	⊕ lihat ' Humanitarian Profile Support Guidance (www.humanitarianresponse.info) .
Pihak yang terdampak secara tidak langsung	Penduduk setempat, penduduk di sekitar lokasi pengungsian	Penduduk di sekitar lokasi pengungsian biasanya akan terkena dampak dari keberadaan para pengungsi, misalnya dengan berbagi sarana layanan publik seperti sekolah atau bahkan menyediakan rumah mereka sebagai hunian sementara.
Konteks geografis	Daerah perkotaan, pinggiran kota, perdesaan	Pinggiran kota: sebuah daerah yang terletak di antara daerah perkotaan dan perdesaan.
Tingkat kerusakan	Tidak ada kerusakan, kerusakan sebagian, kerusakan total	Kategorisasi kerusakan harus memberikan informasi apakah hunian tersebut masih aman dan layak untuk dihuni.
Jangka waktu/ fase	Jangka waktu: jangka pendek, jangka menengah, jangka panjang, permanen Fase: darurat, transisi, pemulihan, pemecahan masalah berkelanjutan	Definisi dari terminologi disamping bisa beragam dan sebaiknya disepakati saat fase respons.
Sistem kepemilikan dan penggunaan	Mengikuti hukum negara, adat, agama, atau gabungan	Penghunan lahan yang memiliki status hak milik, dan pengaturan sewa tanpa persetujuan formal, yang tidak diatur secara hukum, termasuk ke dalam kategori hunian informal. Dalam kasus tertentu, beberapa bentuk status kepemilikan dan penggunaan dapat berlaku secara bersamaan pada sebuah lahan/bangunan, dan setiap pihak berhak atas hak tertentu.



Bentuk kepemilikan dan penggunaan bangunan	Kepemilikan, hak penggunaan, penyewaan, penggunaan kolektif	
Bentuk kepemilikan dan penggunaan lahan	Pribadi, komunal, kolektif, akses terbuka, milik pemerintah	
Tipe hunian	Tenda, hunian sementara, hunian transisi, bagian inti rumah, rumah, apartemen, penyewaan ruangan, garasi, karavan, container	⊕ Lihat Lampiran4: <i>Jenis-jenis Bantuan</i> .
Pengelolaan lokasi	Pengelolaan secara langsung di lokasi, pengelolaan jarak jauh, pengelolaan swadaya, tidak ada pengelolaan	<p>Pengelolaan secara langsung di lokasi: dengan persetujuan dari pemilik lahan dan dukungan pemerintah/otoritas terkait.</p> <p>Pengelolaan jarak jauh: saat sebuah tim mengelola beberapa lokasi secara bersamaan.</p> <p>Pengelolaan swadaya: dilakukan oleh masyarakat dengan menggunakan struktur kepemimpinan yang berlaku dan panitia internal.</p>

Lampiran 4

Jenis-jenis Bantuan

Berbagai jenis bantuan yang sesuai dengan konteks yang berlaku, dapat dikombinasikan untuk memenuhi kebutuhan masyarakat terdampak. Pertimbangkan juga kelebihan dan kekurangan dari setiap pilihan yang ada, dan buatlah program yang paling sesuai.

Jenis Bantuan	Deskripsi
Perlengkapan rumah tangga	⊕ lihat <i>Standar Hunian dan Permukiman 4: Perlengkapan Rumah Tangga</i> .
Perlengkapan hunian	Bahan bangunan, peralatan dan perlengkapan yang dibutuhkan untuk membangun atau memperbaiki mutu ruang hidup. Pertimbangkan kebutuhan untuk menyediakan bahan bangunan seperti tiang dan pasak, atau hal tersebut dapat disediakan oleh masyarakat. Perhatikan juga kebutuhan akan instruksi tambahan, promosi, kegiatan pendidikan dan sosialisasi.
Peralatan hunian	Peralatan konstruksi dan perangkat keras yang dibutuhkan untuk membangun atau memperbaiki mutu ruang hidup dan permukiman.
Dukungan terkait transit dan kepulangan	Dukungan bagi masyarakat terdampak yang memilih untuk kembali ke tempat asal atau pindah ke lokasi yang baru. Dukungan yang dimaksud sangat beragam termasuk penyediaan transportasi, penyediaan biaya transportasi atau kupon, atau benda seperti peralatan, bahan bangunan dan benih.
Perbaikan	Perbaikan yang dimaksud adalah kegiatan memperbaiki bangunan yang rusak atau hancur, sampai kembali kepada kondisi yang memenuhi standar dan spesifikasi bangunan yang aman. Apabila bangunan mengalami kerusakan yang minim, maka memungkinkan dilakukan perbaikan tanpa pekerjaan yang besar. Ada kemungkinan para pengungsi membutuhkan dukungan untuk memperbaiki akomodasi bersama seperti sekolah atau hunian massal.
Retrofitting	Retrofitting yang dimaksud adalah peningkatan atau modifikasi sistem struktur dari sebuah struktur bangunan. Tujuan utamanya adalah agar bangunan tersebut memiliki ketahanan yang lebih dari ancaman di masa mendatang, dengan memasang pilihan-pilihan keamanan. Bangunan yang rusak karena krisis mungkin akan membutuhkan retrofitting, selain juga perbaikan. Bagi para pengungsi yang menginap di rumah masyarakat setempat, ada kemungkinan mereka membutuhkan dukungan untuk melakukan retrofitting pada rumah tersebut.
Bantuan bagi warga penampung	Masyarakat yang tidak dapat kembali ke daerah asalnya seringkali memilih untuk tinggal bersama keluarga, teman atau komunitas yang memiliki ikatan sejarah, agama dan lainnya. Dukungan yang bisa diberikan bagi masyarakat penampung untuk terus menyediakan hunian bagi masyarakat terdampak adalah dengan melakukan pengembangan atau penyesuaian terhadap hunian mereka, atau memberikan dukungan finansial dan materi untuk menutup biaya operasional.



Bantuan sewa	Bantuan bagi masyarakat terdampak untuk menyewa akomodasi dan lahan dapat berbentuk uang, dukungan untuk mendapatkan perjanjian yang adil atau saran terkait standar properti yang berlaku. Pilihan untuk menyewa akan berkaitan dengan pengeluaran rutin, maka rencana alternatif untuk mendorong kemandirian akan dibutuhkan, atau dengan menghubungkan kegiatan penghidupan pada tahap awal ⊕ lihat <i>Standar Hunian dan Permukiman 3: Ruang Hidup dan Standar 6: Status Kepemilikan dan Penggunaan</i> . (Catatan: Bantuan sewa dapat memasukkan uang tunai kepada penduduk setempat atau hal tersebut justru dapat membuat jenuh sistem pasar dan mengakibatkan inflasi)
Hunian sementara	Pemecahan masalah hunian jangka pendek, yang akan dihilangkan apabila pemecahan masalah hunian pada tahap berikutnya sudah tersedia. Biasanya, hunian ini dibangun dengan biaya yang terbatas.
Hunian transisi	Hunian yang dirancang menggunakan material dan teknik yang ditujukan sebagai transisi kepada struktur yang lebih permanen. Hunian ini harus dapat ditingkatkan mutunya, digunakan kembali, dijual kembali atau dipindah dari lokasi sementara menuju lokasi yang permanen.
Bagian inti rumah	Unit-unit bagian inti rumah direncanakan, dirancang dan dibangun untuk nantinya menjadi bagian dari rumah yang permanen, namun yang saat ini belum lengkap sepenuhnya. Bagian inti rumah memungkinkan penghuni untuk melakukan pengembangan di masa mendatang menggunakan sumber daya yang mereka miliki. Tujuan dari pembangunan bagian inti rumah adalah untuk menyediakan ruang hidup yang aman dan memadai (yang terdiri dari satu atau dua ruangan) beserta air, fasilitas sanitasi dan perlengkapan rumah tangga ⊕ lihat <i>Standar Hunian dan Permukiman 3: Ruang Hidup dan Standar 4: Perlengkapan Rumah Tangga</i> .
Rekonstruksi/ pembangunan kembali	Perobohan dan pembangunan kembali struktur yang tidak dapat diperbaiki.
Pusat informasi	Pusat informasi menyediakan saran dan panduan bagi warga terdampak. Informasi yang disediakan melalui pusat informasi di tingkat lokal dapat memberikan klarifikasi akan hak-hak yang dimiliki masyarakat terkait saran dan bantuan, pilihan dan proses pemulangan; hak akan lahan, akses kepada kompensasi, pendampingan dan bantuan teknis, kembali ke daerah asal, integrasi dan relokasi; dan saluran untuk menyampaikan umpan balik; dan cara-cara untuk mendapatkan ganti rugi, termasuk proses arbitrase dan bantuan hukum.
Kepakaran hukum dan administrasi	Menyediakan tenaga ahli hukum dan administrasi dapat membantu warga terdampak untuk lebih awas terhadap hak-hak mereka dan dalam mendapatkan dukungan administrasi yang mereka butuhkan secara gratis atau dengan biaya yang diturunkan. Perhatian khusus harus diberikan kepada kebutuhan dari kelompok rentan.
Kepastian status kepemilikan dan penggunaan	Mendukung proses untuk mendapatkan kepastian status kepemilikan dan/atau penggunaan lahan/bangunan yang dihuni oleh warga terdampak dapat menjamin perlindungan hukum dari pengusiran paksa, pelecehan dan ancaman lainnya, serta menyediakan rasa aman, damai dan martabat ⊕ lihat <i>Standar Hunian dan Permukiman 6: Status Kepemilikan dan Penggunaan</i> .

Perencanaan infrastruktur dan permukiman	Dukungan terkait perencanaan infrastruktur dan permukiman dapat mendukung perbaikan layanan yang didapatkan oleh masyarakat dan mendukung perencanaan permukiman transisi yang berkelanjutan, serta pemecahan masalah rekonstruksi. Kegiatan ini dapat dibagi ke dalam dua kategori: satu yang secara umum dikoordinasi oleh sektor hunian dan satu yang secara umum dikoordinasi oleh sektor lain.
Dukungan akomodasi kolektif	Bangunan yang sudah ada dapat digunakan sebagai akomodasi kolektif atau pusat evakuasi, dan sebagai lokasi hunian yang dapat disiapkan secara cepat. Sebagai contoh sekolah, bangunan komunitas, taman bermain yang beratap, fasilitas agama atau properti kosong. Tempat-tempat tersebut mungkin akan membutuhkan penyesuaian atau perbaikan mutu sebagai sebuah lokasi hunian ⊕ lihat <i>Standar Hunian dan Permukiman 3: Ruang Hidup</i> . Saat akan menggunakan sekolah sebagai sebuah akomodasi kolektif, identifikasi dan gunakanlah struktur alternatif secara segera agar kegiatan belajar mengajar dapat kembali berjalan ⊕ lihat Pedoman Pusat Kolektif dan Buku Pegangan INEE .
Mengelola permukiman dan akomodasi kolektif	⊕ lihat Panduan Pedoman Kolektif .
Pembersihan reruntuhan dan pengelolaan jenazah	Pembersihan reruntuhan dapat membantu meningkatkan keselamatan publik dan akses kepada masyarakat terdampak. Pertimbangkan juga dampak lingkungan yang mungkin terjadi ⊕ lihat <i>Standar Hunian dan Permukiman 2 dan 7</i> . Lakukan penanganan dan pengidentifikasian jenazah dengan cara yang sesuai ⊕ lihat <i>Kesehatan 1.1 dan WASH 6</i> .
Rehabilitasi dan/ atau pemasangan infrastruktur umum	Rehabilitasi atau pembangunan infrastruktur seperti pasokan air, sanitasi, jalan, saluran limbah, jembatan dan listrik ⊕ lihat <i>Bab WASH untuk panduan, dan Standar Hunian dan Permukiman 2: Perencanaan Lokasi dan Permukiman</i> .
Rehabilitasi dan/ atau pembangunan fasilitas umum	Pendidikan: Sekolah, area aman anak, area bermain yang aman ⊕ lihat Buku Pegangan INEE ; Layanan kesehatan: Pusat kesehatan dan rumah sakit ⊕ lihat <i>Standar Sistem Kesehatan 1.1: Penyaluran Layanan Kesehatan</i> ; Keamanan: Pos polisi atau struktur patroli masyarakat; Kegiatan komunal: Tempat pertemuan untuk pengambilan keputusan, rekreasi, ibadah, penyimpanan bahan bakar, fasilitas memasak dan pembuangan limbah padat; dan Kegiatan ekonomi: Pasar, lahan dan ruang untuk ternak, ruang untuk kegiatan penghidupan dan bisnis.
Perencanaan dan zonasi kota/desa	Saat melakukan perencanaan ulang terkait area perumahan setelah masa krisis, libatkan pemerintah lokal dan penata kota sehingga peraturan yang berlaku dan kebutuhan seluruh pemangku kepentingan menjadi bahan pertimbangan ⊕ lihat <i>Standar Hunian dan Permukiman 2: Perencanaan Lokasi dan Permukiman</i> .
Relokasi	Relokasi adalah sebuah proses membangun kembali rumah keluarga atau komunitas, aset dan infrastruktur publik di lokasi yang berbeda.



Lampiran 5

Bentuk-bentuk Pelaksanaan

Metode penyaluran bantuan akan berdampak pada mutu, ketepatan waktu, skala penyaluran dan biaya. Pilihlah bentuk pelaksanaan berdasarkan pemahaman akan mekanisme pasar lokal, termasuk mengenai komoditas, pasar tenaga kerja dan penyewaan, dalam rangka mendukung pemulihan ekonomi ⊕ lihat *Penyaluran bantuan melalui mekanisme pasar*. Pertimbangkan dampak dari bentuk pelaksanaan yang dipilih, terutama terkait dengan tingkat partisipasi dan rasa kepemilikan, dinamika gender, kohesi sosial dan kesempatan kegiatan penghidupan.

Bentuk Pelaksanaan	Deskripsi
Pendampingan teknis dan penjaminan mutu	Pendampingan teknis merupakan bagian utama dari kegiatan respons hunian dan permukiman, di luar dari kegiatan penyaluran bantuan itu sendiri ⊕ lihat <i>Standar Hunian dan Permukiman 5: Pendampingan Teknis</i> .
Dukungan finansial	Melalui dukungan keuangan, rumah tangga dan komunitas dapat mengakses barang atau layanan, atau memenuhi kebutuhan hunian dan permukiman mereka. Dengan mempertimbangkan tingkat risiko dan kompleksitas di lapangan, lengkapilah dukungan keuangan dengan pendampingan teknis dan kegiatan peningkatan kapasitas. Pilihan untuk melakukan transfer berdasarkan mekanisme pasar termasuk: Transfer tunai dengan kondisi tertentu: Bermanfaat saat harus memenuhi kondisi tertentu; misal, dengan menggunakan sistem pembayaran termin. Uang tunai atau kupon untuk keperluan terbatas: Bermanfaat untuk mendapatkan barang tertentu atau untuk melibatkan pedagang. Transfer yang tanpa kondisi tertentu, tidak terbatas atau multi-guna. Akses kepada layanan keuangan seperti kelompok simpan pinjam, kredit mikro, asuransi dan penjaminan. ⊕ lihat <i>Penyaluran bantuan melalui mekanisme pasar</i> .
Dukungan barang	Pengadaan dan distribusi barang serta material langsung kepada masyarakat terdampak merupakan sebuah bentuk yang dapat dipilih saat sistem pasar lokal tidak dapat memasok barang sesuai dengan mutu, jumlah dan ketepatan waktu yang dibutuhkan ⊕ lihat <i>Penyaluran bantuan melalui mekanisme pasar</i> .
Tenaga kerja kontrak dan melalui penugasan	Tenaga kerja kontrak atau yang melalui penugasan dapat memenuhi tujuan kegiatan hunian dan permukiman melalui model yang dikendalikan oleh pemilik, kontraktor atau lembaga kemanusiaan ⊕ lihat <i>Standar Hunian dan Permukiman 5: Pendampingan Teknis</i> .

<p>Peningkatan kapasitas</p>	<p>Peningkatan keterampilan dan pelatihan dapat menyediakan kesempatan bagi pemangku kepentingan untuk meningkatkan kemampuan mereka dalam melakukan respons (baik secara perorangan maupun bersama) dan berinteraksi, serta mempertimbangkan secara bersama tantangan dan peralatan yang dibutuhkan, misal dengan membuat dan menjalankan standar-standar pembangunan ⊕ lihat <i>Standar Hunian dan Permukiman 5: Pendampingan teknis</i>.</p> <p>Kegiatan peningkatan kapasitas yang sukses harus memungkinkan tenaga ahli untuk berkonsentrasi pada pemantauan kegiatan yang dilakukan oleh pemangku kepentingan lokal dan untuk menyediakan pendampingan pada penerima bantuan yang lebih luas.</p>
-------------------------------------	---

Untuk tabel dengan jenis bantuan dan bentuk pelaksanaan potensial yang berhubungan dengan skenario permukiman silakan kunjungi <https://www.spherestandards.org/handbook/online-resources>



Lampiran 6

Jenis Bantuan dan Bentuk Pelaksanaan Potensial yang Berhubungan dengan Skenario Permukiman (daring)

			Skenario Permukiman										
			Tidak Mengungsi			Mengungsi							
						Tersebar			Komunal				
Lahan atau akomodasi yang dihuni oleh pemilik	Lahan atau akomodasi yang disewa	Lahan atau akomodasi yang dihuni secara informal	Pengaturan sewa	Pengaturan hunian yang disediakan oleh masyarakat setempat	Pengaturan secara spontan	Akomodasi bersama	Permukiman yang direncanakan	Permukiman yang tidak direncanakan	Terdampak secara tidak langsung				
Jenis bantuan	Skala hunian rumah tangga	Perlengkapan rumah tangga	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
		Perlengkapan hunian	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		Peralatan hunian	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		Tenda	X	X	X	X	X	X		X	X		
		Dukungan terkait transit dan keputungan				X	X	X	X	X	X		
		Perbaikan	X	X	X	X	X		X				X
		Retrofitting	X	X	X	X	X						X
		Bantuan bagi masyarakat penampung					X			X	X		X
		Bantuan sewa			X								
		Hunian sementara	X	X	X			X		X	X		
		Hunian transisi	X	X	X			X		X	X		
		Bagian inti rumah	X	X	X					X			
		Rekonstruksi/pembangunan kembali	X							X			
		Pusat informasi	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		Kepakaran hukum dan administrasi	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Kepastian status kepemilikan dan penggunaan		X	X	X	X	X	X	X	X	X			

Bentuk Pelaksanaan	Skala hunian rumah tangga	Perencanaan infrastruktur dan permukiman			X			X		X	X	X	
		Perencanaan dan zonasi kota/desa		X	X	X	X	X	X	X	X		
		Dukungan akomodasi kolektif							X				X
		Mengelola permukiman dan akomodasi kolektif							X	X	X	X	
		Pembersihan reruntuhan dan pengelolaan jenazah	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		Rehabilitasi dan/atau pemasangan infrastruktur umum	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		Rehabilitasi dan/atau pembangunan fasilitas umum	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		Perencanaan dan zonasi kota/desa	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		Relokasi	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
		Pendampingan teknis dan penjaminan mutu	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
		Dukungan finansial	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
		Dukungan barang	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
		Tenaga kerja kontrak dan melalui penugasan	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
		Peningkatan kapasitas	X	X	X	X	X	X	X	X	X		



Referensi dan Bacaan Lebih Lanjut

Instrumen Hukum Internasional

Article 25 Universal Declaration of Human Rights. Archive of the International Council on Human Rights Policy, 1948. www.claiminghumanrights.org

General Comment No. 4: The Right to Adequate Housing (Art. 11.1 of the Covenant). UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 1991. www.refworld.org

General Comment 7: The right to adequate housing (Art. 11.1 of the Covenant): forced evictions. UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 1997. www.eschr-net.org

Guiding Principles on Internal Displacement. OCHA, 1998. www.internal-displacement.org

Pinheiro, P. Principles on Housing and Property Restitution for Refugees and Displaced Persons. OHCHR, 2005. www.unhcr.org

Refugee Convention. UNHCR, 1951. www.unhcr.org

Umum

Camp Closure Guidelines. Global CCCM Cluster, 2014. www.globalccmcluster.org

Child Protection Minimum Standards (CPMS). Global Child Protection Working Group, 2010. <http://cpwg.net>

Emergency Handbook, 4th Edition. UNHCR, 2015. emergency.unhcr.org

Humanitarian Civil-Military Coordination: A Guide for the Military. UNOCHA, 2014. <https://docs.unocha.org>

Humanitarian inclusion standards for older people and people with disabilities. Age and Disability Consortium, 2018. www.refworld.org

Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS). LEGS Project, 2014. <https://www.livestock-emergency.net>

Minimum Economic Recovery Standards (MERS). SEEP Network, 2017. <https://seepnetwork.org>

Minimum Standards for Education: Preparedness, Recovery and Response. The Inter-Agency Network for Education in Emergencies [INEE], 2010. www.ineesite.org

Minimum Standard for Market Analysis (MISMA). The Cash Learning Partnership (CaLP), 2017. www.cashlearning.org

Post-Disaster Settlement Planning Guidelines. IFRC, 2012. www.ifrc.org

UN-CMCoord Field Handbook. UN OCHA, 2015. <https://www.unocha.org>

Skenario Permukiman

Humanitarian Profile Support Guidance. IASC Information Management Working Group, 2016. www.humanitarianresponse.info

Shelter after Disaster. Shelter Centre, 2010. <http://shelterprojects.org>

Permukiman Komunal Sementara

Collective Centre Guidelines. UNHCR and IOM, 2010. <https://www.globalccmcluster.org>

Uang Tunai, Kupon, Penilaian Mekanisme Pasar/Disabilitas

All Under One Roof: Disability-inclusive Shelter and Settlements in Emergencies. IFRC, 2015. www.ifrc.org

CaLP CBA quality toolbox. <http://pqtoolbox.cashlearning.org>

Gender dan Kekerasan Berbasis Gender

Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action. Inter-Agency Standing Committee (IASC), 2015. Part 3, section 11: Shelter, Settlement and Recovery. <https://gbvguidelines.org>

IASC Gender Handbook for Humanitarian Action. IASC, 2017. <https://reliefweb.int>

Security of Tenure in Humanitarian Shelter Operations. NRC and IFRC, 2014. www.ifrc.org

Perlindungan Anak

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action: Standard 24. Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, Global Protection Cluster, 2012. <http://cpwg.net>

Sekolah dan Bangunan Publik

Guidance Notes on Safer School Construction (INEE Toolkit). INEE, 2009. <http://toolkit.ineesite.org>

Konteks Daerah Perkotaan

Urban Informal Settlers Displaced by Disasters: Challenges to Housing Response. IDMC, 2015. www.internal-displacement.org

Urban Shelter Guidelines. NRC, Shelter Centre, 2010. <http://shelterprojects.org>

Kepastian Status Kepemilikan dan Penggunaan

Land Rights and Shelter: The Due Diligence Standard. Shelter Cluster, 2013. www.sheltercluster.org

Payne, G. Durand-Lasserve, A. *Holding On: Security of Tenure – Types, Policies, Practices and Challenges.* 2012. www.ohchr.org

Rapid Tenure Assessment Guidelines for Post-Disaster Response Planning. IFRC, 2015. www.ifrc.org

Securing Tenure in Shelter Operations: Guidance for Humanitarian Response. NRC, 2016. <https://www.sheltercluster.org>

The Right to Adequate Housing, Fact Sheet 25 (Rev.1). OHCHR and UN Habitat, 2014. www.ohchr.org

The Right to Adequate Housing, Fact Sheet 21 (Rev.1). OHCHR and UN Habitat, 2015. www.ohchr.org

Bacaan Lebih Lanjut

Untuk rekomendasi bacaan lebih lanjut silahkan kunjungi www.spherestandards.org/handbook/online-resources

Evictions in Beirut and Mount Lebanon: Rates and Reasons. NRC, 2014. <https://www.alnap.org/help-library/evictions-in-beirut-and-mount-lebanon-rates-and-reasons>

Housing, Land and Property Training Manual. NRC, 2012. www.nrc.no/what-we-do/speaking-up-for-rights/training-manual-on-housing-land-and-property/

Land and Conflict: A Handbook for Humanitarians. UN Habitat, GLTN and CWGER, 2012. www.humanitarianresponse.info/en/clusters/early-recovery/document/land-and-conflict-handbook-humanitarians

Rolnik, R. *Special Rapporteur on Adequate Housing (2015) Guiding Principles on Security of Tenure for the Urban Poor.* OHCHR, 2015. www.ohchr.org/EN/Issues/Housing/Pages/StudyOnSecurityOfTenure.aspx



Security of Tenure in Urban Areas: Guidance Note for Humanitarian Practitioners. NRC, 2017. <http://pubs.iied.org/pdfs/10827IIED.pdf>

Social Tenure Domain Model. UN Habitat and GLTN. <https://stdm.glt.n.net/>

Manajemen Konstruksi

How-to Guide: Managing Post-Disaster (Re)-Construction projects. Catholic Relief Services, 2012. <https://www.humanitarianlibrary.org/resource/managing-post-disaster-re-construction-projects-1>

Lingkungan

Building Material Selection and Use: An Environmental Guide (BMEG). WWF Environment and Disaster Management, 2017. <http://envirodm.org/post/materialguide>

Environmental assessment tools and guidance for humanitarian programming. OCHA. www.eecentre.org/library/

Environmental Needs Assessment in Post-Disaster Situations: A Practical Guide for Implementation. UNEP, 2008. <http://wedocs.unep.org/handle/20.500.11822/17458>

Flash Environmental Assessment Tool. OCHA and Environmental Emergencies Centre, 2017. www.eecentre.org/feat/

FRAME Toolkit: Framework for Assessing, Monitoring and Evaluating the Environment in Refugee-Related Operations. UNHCR and CARE, 2009. www.unhcr.org/uk/protection/environment/4a97d1039/frame-toolkit-framework-assessing-monitoring-evaluating-environment-refugee.html

Green Recovery and Reconstruction: Training Toolkit for Humanitarian Action (GRRT). WWF & American Red Cross. <http://envirodm.org/green-recovery>

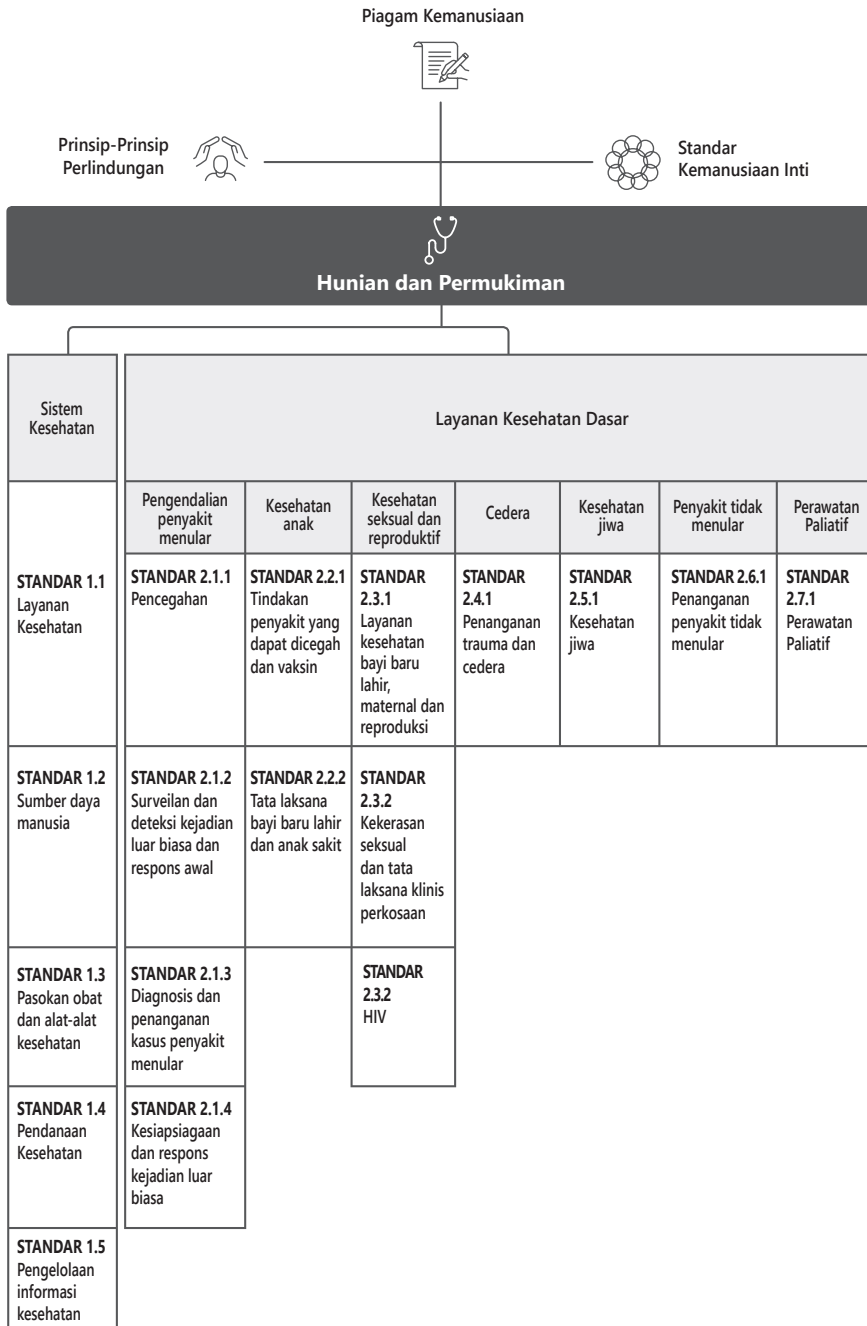
Guidelines for Rapid Environmental Impact Assessment (REA) in Disasters. Benfield Hazard Research Centre, University College London and CARE International, 2003. http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnads725.pdf

Shelter Environmental Impact Assessment and Action Tool 2008 Revision 3. UNHCR and Global Shelter Cluster, 2008. www.sheltercluster.org/resources/documents/shelter-environmental-impact-assessment-and-action-tool-2008-revision-3

Quantifying Sustainability in the Aftermath of Natural Disasters (QSAND). IFRC and BRE Global. www.qsand.org



Kesehatan



LAMPIRAN 1 Daftar periksa kajian layanan kesehatan
LAMPIRAN 2 Contoh formulir pelaporan pengawasan mingguan
LAMPIRAN 3 Rumus untuk menghitung indikator kunci kesehatan
LAMPIRAN 4 Keracunan

Daftar Isi

Konsep Dasar dalam Kesehatan.....	306
1. Sistem-sistem Kesehatan	310
2. Layanan Kesehatan Dasar.....	323
2.1 Penyakit-penyakit menular	323
2.2 Kesehatan Anak.....	333
2.3 Kesehatan Seksual dan Reproduksi.....	338
2.4 Layanan Cedera dan Trauma.....	345
2.5 Kesehatan Jiwa	349
2.6 Penyakit-penyakit tidak Menular	352
2.7 Rawatan Paliatif	355
Lampiran 1: Daftar Periksa Penilaian Kesehatan	358
Lampiran 2: Contoh Formulir-formulir Pelaporan Pengawasan Mingguan.....	360
Lampiran 3: Rumus untuk Menghitung Indikator Kesehatan Kunci	367
Lampiran 4: Keracunan	369
Rujukan dan Bacaan Lanjut.....	371



Konsep Dasar dalam Kesehatan

Setiap orang mempunyai hak atas layanan kesehatan pada waktunya yang tepat

Standar Minimum Sphere untuk Layanan Kesehatan adalah bentuk praktis hak atas layanan kesehatan dalam konteks kemanusiaan. Standar-standar didasarkan pada kepercayaan, prinsip, kewajiban dan hak-hak yang dinyatakan dalam Piagam Kemanusiaan. Ini termasuk hak atas hidup bermartabat, hak atas perlindungan dan keamanan, dan hak untuk menerima bantuan kemanusiaan berdasarkan kebutuhan.

Sebuah daftar dokumen hukum dan kebijakan kunci yang menyatakan Piagam Kemanusiaan, termasuk komentar penjelasan bagi pekerja kemanusiaan, ⊕ Lihat Lampiran1: Landasan Hukum Sphere.

Tujuan layanan kesehatan dalam sebuah krisis adalah mengurangi kesakitan dan kematian berlebihan

Krisis kemanusiaan berdampak pada kesehatan dan kesejahteraan penduduk terdampak. Akses layanan kesehatan untuk penyelamatan jiwa sungguh kritis pada tahap awal suatu kedaruratan. Layanan kesehatan juga termasuk promosi, pencegahan, penatalaksanaan, rehabilitasi dan layanan paliatif kesehatan pada setiap tahapan respons.

Dampak kesehatan masyarakat suatu krisis bisa terjadi karena akibat langsung (cedera atau kematian karena krisis), dan tidak langsung (perubahan kondisi hidup, perpindahan paksa, ketiadaan perlindungan hukum dan berkurangnya akses ke layanan kesehatan).

Kerumunan, hunian tidak memadai, sanitasi buruk, kurang memadainya jumlah dan mutu air, dan berkurangnya ketahanan pangan semuanya meningkatkan risiko kurang gizi atau kejadian luarbiasa penyakit-penyakit menular. Tekanan luarbiasa juga dapat memicu kondisi gangguan kesehatan jiwa. Menipisnya mekanisme dukungan sosial dan sistem membantu diri sendiri dapat mengarahkan ke mekanisme bertahan diri yang negatif dan mengurangi perilaku mencari bantuan. Berkurangnya akses ke layanan kesehatan dan terputusnya pasokan obat dapat mengganggu pengobatan yang sedang berlangsung, misalnya layanan kesehatan ibu dan pengobatan HIV, diabetes dan gangguan kesehatan jiwa.

Tujuan utama respons kesehatan selama suatu krisis adalah mencegah dan mengurangi kematian dan kesakitan berlebihan. Pola-pola kematian dan kesakitan, dan kebutuhan layanan kesehatan akan beragam sesuai jenis dan luasnya setiap krisis.

Indikator yang paling berguna untuk memantau dan mengevaluasi beratnya suatu krisis adalah Tingkat Kematian Kasar (Crude Mortality Rate, CMR) dan yang lebih peka Tingkat Kematian Anak di bawah lima tahun (U5CMR). Suatu penggandaan atau lebih dari CMR atau U5CMR menandai suatu kedaruratan kesehatan masyarakat dan membutuhkan suatu respons segera. ⊕ Lihat Lampiran3: Rumus untuk menghitung indikator kesehatan kunci.

Bila tidak ada data dasar yang dapat dirujuk, maka tanda di bawah ini menandai ambang suatu kedaruratan, yaitu:

- CMR >1/10.000/hari
- U5CMR>2/10.000/hari

Nilai ambang kedaruratan perlu ditetapkan di tingkat negara. Bila suatu data dasar sudah melampaui ambang batas kedaruratan, sebagai contoh, menanti sampai angka itu berlipat dua, maka itu tidak etis.

Dukungan dan pengembangan sistem kesehatan yang ada

Suatu pendekatan sistem kesehatan akan segera menyadari hak atas kesehatan selama krisis dan pemulihan sungguh penting untuk mempertimbangkan mendukung sistem yang ada. Menyerap staf (nasional dan internasional) akan berdampak jangka pendek dan panjang untuk sistem kesehatan nasional. Analisis berikut, intervensi kesehatan yang direncanakan baik dapat menguatkan sistem Kesehatan yang ada, pemulihan di masa depan dan pengembangannya.

Dalam fase pertama suatu krisis, perlu diprioritaskan penilaian cepat kesehatan dan multi-sektor. Informasi tidak lengkap dan wilayah yang tidak dapat dijangkau seharusnya tidak menunda pengambilan keputusan kesehatan masyarakat tepat waktu. Melakukan penilaian yang lebih terpadu dilakukan sesegera mungkin.

Krisis perkotaan memerlukan suatu pendekatan respons kesehatan yang berbeda

Respons perkotaan harus mempertimbangkan kepadatan penduduk, perlu ditimbang kebijakan lingkungan, struktur sosial dan layanan sosial yang ada. Identifikasi warga yang berisiko atau tanpa akses ke layanan kesehatan sungguh menantang. Besarnya kebutuhan dapat secara cepat melampaui yang dapat diberikan. Warga mencari perlindungan di kota terdekat dan kota besar jarang mengetahui layanan kesehatan yang ada atau bagaimana cara mencapainya. Risiko ini meningkatkan kejadian penyakit-penyakit menular. Kejadian luar biasa akan menghadapkan warga pada suatu tekanan perkotaan yang baru misalnya kurang memadainya akses terhadap hunian, pangan, layanan kesehatan, pekerjaan atau jejaring dukungan sosial.

Berita bohong (rumor) dan informasi keliru menyebar cepat di perkotaan-perkotaan. Penggunaan teknologi yang memberikan informasi akurat tentang layanan kesehatan dan layanan-layanan. Penyedia layanan kesehatan sekunder dan tersier sering lebih aktif di perkotaan-perkotaan, sehingga ini meningkatkan kemampuan para penyedia layanan menyampaikan layanan kesehatan dasar. Melibatkan mereka pada sistem peringatan dini dan respons penyakit menular dan meningkatkan kemampuan mereka untuk menyampaikan layanan spesialisasi mereka.

Standar Minimum ini harus tidak diterapkan secara terpisah

Standar-standar minimum dalam bab ini menggambarkan isi hak atas layanan kesehatan memadai dan menyumbang pada pemenuhan hak secara global. Hak terkait hak atas air bersih dan sanitasi, pangan, dan hunian. Mencapai Standar Minimum Sphere dalam satu wilayah memengaruhi kemajuan di wilayah lain. Koordinasi dan kerjasama erat dengan sektor lain.

Koordinasi dengan pemerintah daerah dan lembaga respons lainnya untuk memastikan kebutuhan terpenuhi, upaya tidak terulang, dan jumlah respons layanan kesehatan optimal. Koordinasi antara pelaku layanan kesehatan juga penting untuk memenuhi kebutuhan secara imparial dan memastikan warga yang sulit dijangkau, berisiko atau terpinggirkan juga mempunyai akses terhadap layanan. Rujukan lintas sektor dalam buku ini menganjurkan beberapa tautan yang memungkinkan.

Bila standar nasional lebih rendah daripada Sphere, bekerjalah dengan pemerintah untuk meningkatkannya. Prioritas-prioritas harus diputuskan berdasarkan informasi yang dibagikan antar sektor dan diulas berdasarkan situasi yang dihadapi.

Secara khusus Hukum Internasional melindungi hak terhadap layanan kesehatan



Layanan kesehatan harus diberikan tanpa diskriminasi dan harus dapat diakses, berarti: tersedia, dapat diterima, terjangkau dan bermutu. Negara diwajibkan untuk memastikan pemenuhan hak ini selama krisis. ⊕ Lihat Lampiran1: Dasar hukum Sphere

Hak atas layanan kesehatan hanya dapat dijamin bila:

- penduduk terlindung;
- profesional yang bertanggung jawab dalam sistem kesehatan sungguh terlatih dan berkomitmen pada prinsip-prinsip etis universal dan standar-standar profesional;
- sistem kesehatan memenuhi standar-standar minimum; dan
- negara dapat dan berniat membangun dan memelihara kondisi aman dan stabil agar layanan kesehatan dapat dilakukan.

Serangan, ancaman dan hambatan kekerasan lainnya terhadap pekerjaan para pekerja layanan kesehatan, sarana dan transportasi obat-obatan adalah suatu pelanggaran hukum kemanusiaan intenasional. Perlindungan-perlindungan ini diambil dari kewajiban dasar untuk menghormati dan melindungi yang terluka dan sakit.

Organisasi-organisasi kemanusiaan harus secara hati-hati mempertimbangkan sebab setiap ancaman dan bagaimana menanganinya. Sebagai contoh, suatu serangan oleh suatu militer nasional perlu diperlakukan secara berbeda dengan suatu ancaman dari komunitas setempat. ⊕ Lihat Pertimbangan Khusus untuk melindungi layanan kesehatan di bawah.

Tautan ke Prinsip-prinsip Perlindungan dan Standar Kemanusiaan Inti

Pelaku layanan kesehatan harus melayani yang terluka dan sakit secara manusiawi, menyampaikan layanan imparisial tanpa pembedaan, semata-mata berdasarkan kebutuhan. Memastikan kerahasiaan, perlindungan data dan privasi adalah kritis untuk melindungi perorangan dari kekerasan, penyalahgunaan dan masalah lainnya.

Petugas kesehatan seringkali perespons pertama dalam kasus kekerasan terhadap orang-orang, termasuk kekerasan berbasis gender, penyalahgunaan dan penelantaran anak. Melatih petugas untuk mengidentifikasi dan merujuk kasus ke Dinas Kesehatan atau pelaku perlindungan menggunakan komunikasi tertutup dan sistem rujukan. Seorang anak yang tidak bersama keluarga atau terpisah yang memerlukan layanan kesehatan kritis namun tanpa seorang wali yang sah untuk persetujuan menghadapi sebuah tantangan perlindungan tertentu. Keputusan haruslah peka terhadap konteks, nilai-nilai dan praktik budaya. Evakuasi medis internasional, rujukan dan perpindahan anak-anak yang tidak didampingi keluarga memerlukan dokumentasi ketat seperti keterlibatan layanan perlindungan dan pihak berwenang setempat.

Semakin meningkat, layanan kesehatan harus diberikan di laut, termasuk di perairan internasional, atau saat orang-orang dibawa ke pantai. Ini memberikan tantangan perlindungan khusus, kerumitan politik dan memerlukan perencanaan, kesiapsiagaan, dan mitigasi terhadap perlindungan risiko-risiko yang hati-hati.

Secara hati-hati mengevaluasi kerjasama sipil-militer, secara khusus dalam situasi konflik. Militer dan kelompok bersenjata dapat menjadi pelaku pelayanan kesehatan, bahkan untuk warga sipil. Lembaga-lembaga kemanusiaan dapat menjadi pelayan kesehatan - sebagai kesempatan terakhir - dapat menggunakan kemampuan militer misalnya dukungan prasarana untuk membangun kembali pasokan listrik untuk sarana Kesehatan atau memberikan bantuan logistik misalnya mengantar bahan kesehatan atau evakuasi medik. Walaupun demikian ketergantungan pada militer perlu dipertimbangkan dalam

konteks akses ke layanan kesehatan dan persepsi kenetralan dan imparisialitas. ⊕ Lihat Piagam Kemanusiaan dan penempatannya dengan kekuatan domestik atau militer internasional dalam Apa itu Sphere?

Dalam menerapkan standar-standar minimum, semua Sembilan komitmen dalam Standar Kemanusiaan Inti harus dihormati. Mekanisme umpan balik harus ditempatkan di lokasi selama respons layanan Kesehatan. ⊕ Lihat Komitmen 5 Standar Kemanusiaan Inti.

Pertimbangan khusus perlindungan layanan kesehatan

Mencegah serangan-serangan terhadap sarana layanan kesehatan, ambulans dan petugas layanan kesehatan memerlukan upaya berkelanjutan di tingkat internasional, negara dan komunitas. Sumber ancaman akan beragam sekali sesuai konteks dan harus ditangani dan dilaporkan. Untuk melindungi layanan kesehatan, pelaku-pelaku kesehatan harus mempertimbangkan isu-isu dalam pekerjaannya dan dalam mendukung kementerian kesehatan atau pihak-pihak lain yang berhubungan.

Selama semua kedaruratan - dan khususnya selama sebuah konflik - pelaku kesehatan harus hadirkan diri mereka sendiri sebagai netral, imparisial dan bertindak sesuai prinsip-prinsip ini, karena hal ini mungkin kurang dipahami oleh para pihak yang terlibat konflik, komunitas atau pasien-pasien.

Ketika memberikan layanan medis penyelamatan jiwa, mengikuti prinsip-prinsip kemanusiaan dan memberikan layanan kesehatan imparisial semata berdasarkan kebutuhan saja. Untuk mempromosikan netralitas, layanan untuk yang terluka dan sakit tanpa perbedaan, memastikan keselamatan pasien dan memelihara kerahasiaan informasi medik dan data pribadi.

Sarana layanan kesehatan biasanya menerapkan suatu kebijakan "nir-senjata" (tanpa senjata), dengan meletakkan senjata di luar suatu fasilitas atau ambulans. Ini mempromosikan suatu lingkungan yang netral. dapat membantu menghindari ketegangan atau peningkatan konflik dalam fasilitas kesehatan dan dapat mencegah fasilitas menjadi sasaran sendiri.

Bangunlah perangkat keamanan fisik untuk melindungi fasilitas dan petugas dari ancaman-ancaman. Pada saat yang sama, memahami bagaimana upaya perlindungan dapat berdampak pada persepsi dan penerimaan masyarakat umum terhadap fasilitas layanan kesehatan.

Organisasi-organisasi kemanusiaan harus mempertimbangkan risiko-risiko dan keuntungan-keuntungan dalam membangun profil layanan mereka dan bagaimana ini menumbuhkan kepercayaan dan penerimaan komunitas. Memelihara agar tidak menonjol (misalnya dengan cara tidak menandai aset atau lokasi-lokasi) mungkin tepat untuk beberapa operasi-operasi, sementara dalam kesempatan lainnya mungkin lebih baik menempatkan logo besar pada aset atau lokasi-lokasi.



1. Sistem-sistem kesehatan

Suatu sistem kesehatan yang berfungsi baik dapat merespons pada seluruh kebutuhan layanan kesehatan pada suatu krisis, sehingga bahkan selama suatu krisis kesehatan yang luas misalnya kejadian luarbiasa Ebola, kegiatan-kegiatan layanan kesehatan lainnya dapat berlanjut. Kondisi-kondisi yang mudah diobati akan tetap ditangani. Program layanan dasar ibu dan anak akan tetap berlanjut, termasuk mengurangi kematian dan kesakitan berlebihan. Setiap pelaku mempromosikan, memulihkan atau memelihara kesehatan menyumbang ke sistem kesehatan secara keseluruhan. Sistem kesehatan mencakup semua tingkatan, dari nasional, provinsi, kabupaten dan komunitas sampai rumah tangga, militer dan sektor usaha.

Dalam suatu krisis, sistem dan layanan kesehatan sering melemah, bahkan sebelum meningkatnya tuntutan. Tenaga layanankesehatan sering hilang, pasokan medik terganggu atau prasarana rusak. Penting memahami dampak suatu krisis pada sistem kesehatan untuk menentukan prioritas dalam respons kemanusiaan.

Pelaku-pelaku kemanusiaan jarang beroperasi dalam suatu kedaruratan yang tanpa sistem kesehatan. Bila suatu sistem melemah, maka perlu dikuatkan atau dikembangkan (sebagai contoh melalui jalur rujukan, pemeriksaan dan analisis informasi kesehatan).

Standar-standar dalam bagian ini menunjukkan lima aspek inti suatu sistem kesehatan yang berfungsi baik:

- penyampaian layanan-layanan kesehatan yang bermutu;
- angkatan kerja layanan kesehatan yang terlatih dan bermotivasi;
- pasokan yang tepat, manajemen dan penggunaan obat-obatan, bahan dan teknologi diagnostik;
- pembiayaan layanan kesehatan yang tepat; dan
- informasi dan analisis informasi kesehatan yang baik.

Aspek-aspek ini saling memengaruhi satu sama lain dengan beragam cara. Sebagai contoh, kurang memadainya pekerja layanan kesehatan atau ketiadaan obat-obatan penting akan berdampak pada penyampaian layanan kesehatan.

Kepemimpinan dan koordinasi penting untuk memastikan kebutuhan terpenuhi dengan cara imparisial. Kementerian Kesehatan senantiasa memimpin dan mengkoordinasi respons dan mungkin memerlukan dukungan pelaku-pelaku kesehatan lainnya. Kadang-kadang kementerian tidak mempunyai kapasitas atau keinginan untuk memerankan dengan cara yang berhasil guna dan imparisial, sehingga lembaga lain harus mengambil tanggung jawab ini. Ketika Kementerian Kesehatan tidak mempunyai akses atau tidak diterima dalam semua wilayah di negara, pelaku-pelaku kemanusiaan harus mendukung sistem yang ada dan diterima, khususnya dalam suatu kedaruratan akut. Dengan hati-hati menentukan bagaimana bekerja dengan pelaku-pelaku non-pemerintah dan lain-lainnya, dan kemampuannya memberikan atau mengkoordinasi layanan kesehatan untuk penduduk.

Akses ke penduduk penting, namun harus dipertimbangkan dengan suatu pemahaman yang jelas tentang prinsip-prinsip kemanusiaan dan dampaknya untuk bantuan imparisial dan netral. Koordinasi harus terjadi di dan antar tingkatan layanan kesehatan dari tingkat nasional sampai komunitas dan dengan sektor lain, seperti WASH (Pasokan Air, Sanitasi, dan Promosi Higiene), gizi dan pendidikan, juga dengan kelompok kerja teknis lintas sektor, seperti kesehatan jiwa dan dukungan psikososial, kekerasan berbasis gender (GBV, *gender-based violence*) dan HIV.

Standar Sistem Kesehatan 1.1: Penyampaian Layanan Kesehatan

Warga mempunyai akses layanan kesehatan terpadu yang bermutu yang aman, tepat guna dan berpusat pada pasien.

Tindakan-tindakan kunci

- 1 Memberikan layanan kesehatan memadai dan tepat di tingkat-tingkat berbeda dalam sistem kesehatan.
 - Memprioritaskan layanan-layanan kesehatan di tingkat negara atau di tingkat operasi terdekat dalam suatu kedaruratan akut, berdasarkan jenis krisis, profil epidemiologis dan kemampuan sistem kesehatan.
 - Identifikasi jenis-jenis layanan berbeda yang harus ada di tingkat-tingkatan berbeda (rumah tangga, komunitas, fasilitas layanan kesehatan dan rumah sakit).
- 2 Membangun atau menguatkan mekanisme pemilahan pasien (triase) dan sistem rujukan.
 - Melaksanakan protokol pemilahan pasien (triase) di sarana layanan kesehatan atau lokasi lapangan dalam situasi konflik, sehingga pasien yang memerlukan perhatian segera teridentifikasi dan dengan cepat ditangani atau distabilkan sebelum dirujuk atau dikirim ke mana pun untuk rawatan lanjut.
 - Memastikan rujukan tepat guna antara tingkatan rawatan dan layanan-layanan, termasuk layanan pengangkutan darurat terlindung dan aman dan antar sektor misalnya gizi dan perlindungan anak.
- 3 Menyesuaikan atau menggunakan protokol terstandar untuk layanan kesehatan, manajemen kasus dan penggunaan obat-obatan yang rasional.
 - Menggunakan standar-standar nasional, termasuk daftar obat-obatan penting, dan menyesuikannya dalam konteks kedaruratan.
 - Menggunakan panduan internasional apabila panduan nasional kadaluarsa atau tidak tersedia.
- 4 Memberikan layanan kesehatan yang menjamin hak-hak pasien agar bermartabat, privasi, menjamin kerahasiaan, aman dan ada persetujuan tindak medis.
 - Memastikan keamanan dan privasi sehingga setiap orang dapat mengakses layanan, termasuk warga dengan kondisi sering dikaitkan dengan stigma, seperti HIV atau Infeksi Menular Seksual (IMS).
- 5 Memberikan layanan kesehatan aman dan mencegah dampak buruk, efek samping medik atau penyalahgunaan.
 - Melaksanakan suatu sistem untuk laporan dan ulasan efek samping tindakan medik.
 - Membangun suatu kebijakan untuk melaporkan setiap penyalahgunaan atau kekerasan seksual.
- 6 Menggunakan upaya pencegahan dan pengendalian infeksi yang tepat, termasuk standar WASH minimum, dan mekanisme pengolahan limbah medik, dalam semua kondisi layanan kesehatan
 - Selama kejadian luarbiasa (wabah) seperti kolera atau Ebola, mencari pedoman terpadu dari lembaga spesialis seperti Organisasi Kesehatan Sedunia (WHO), UNICEF dan Dokter Lintas Batas (MSF).



- 7 Mengelola atau memakamkan jenazah secara aman, bermartabat, tepat budaya, berdasarkan suatu praktik kesehatan masyarakat yang baik.

Indikator Kunci

Persentase penduduk yang dapat mengakses layanan Kesehatan dasar dalam jangka satu jam perjalanan kaki dari rumah.

- Minimum 80 persen

Persentase fasilitas layanan kesehatan yang menyampaikan layanan kesehatan prioritas

- Minimum 80 persen

Jumlah tempat tidur (di luar tempat tidur ibu) per 10.000 orang

- Minimum 18

Persentase penduduk yang memerlukan rujukan ke tingkat layanan kesehatan berikutnya

Persentase pasien yang dirujuk tepat waktu

Catatan Panduan

Akses ke layanan kesehatan tergantung pada ketersediaan layanan kesehatan, termasuk dicapai fisik, penerimaan dan keterjangkauan semuanya.

Ketersediaan: layanan kesehatan dapat disampaikan melalui suatu kombinasi tingkat komunitas, keliling dan fasilitas layanan kesehatan tetap. Jumlah, jenis dan lokasi setiap layanan kesehatan akan beragam sesuai konteks. Suatu panduan umum untuk merencanakan cakupan fasilitas layanan kesehatan adalah:

- satu fasilitas layanan kesehatan tiap 10.000 orang; dan
- satu rumah sakit kabupaten atau perdesaan tiap 250.000 orang.

Ini tidak memastikan cakupan layanan kesehatan memadai dalam semua situasi, walaupun demikian di daerah perdesaan, suatu sasaran lebih baik mungkin satu fasilitas untuk 50.000 penduduk, dikombinasikan dengan program manajemen kasus komunitas dan klinik keliling. Di daerah perkotaan, fasilitas layanan kesehatan sekunder mungkin pintu pertama akses dan olah karena itu mencakup layanan dasar untuk penduduk yang lebih besar daripada 10.000.

Memberikan peningkatan lonjakan kapasitas kepada layanan kesehatan pada saat kedaruratan bersifat kritis. Menghindari pengulangan layanan yang ada, yang dapat menya-nyikan sumber-sumber dan mengurangi kepercayaan terhadap fasilitas yang ada. Warga memerlukan kepercayaan untuk kembali ke fasilitas-fasilitas itu setelah fasilitas-fasilitas tutup.

Memantau tingkat penggunaan layanan: Rendahnya tingkatan menandakan mutu rendah, penghalang biaya langsung atau tidak langsung, pilihan pada layanan lain, ramalan berlebihan penduduk atau masalah akses lain. Tingginya tingkat penggunaan mungkin menandakan suatu masalah kesehatan masyarakat atau kekeliruan meramalkan jumlah penduduk sasaran, atau mungkin menandakan masalah akses di mana-mana. Semua data harus dianalisis dengan jenis kelamin, usia, disabilitas, asal etnis dan faktor lain yang mungkin relevan dalam konteks. Untuk menghitung tingkat penggunaan, ⊕ Lihat Lampiran3.

Penerimaan: berkonsultasi dengan semua bagian komunitas untuk identifikasi dan menangani hambatan mengakses layanan-layanan dari bagian-bagian komunitas yang berbeda dan semua bagian dalam konflik, khususnya kelompok-kelompok berisiko. Bekerja dengan perempuan, laki-laki, anak-anak, warga yang hidup dengan dan berisiko tinggi terhadap HIV, penyandang disabilitas, dan lanjut usia untuk memahami perilaku kesehatan. Melibatkan warga dalam perancangan layanan kesehatan akan membangun keterlibatan dan meningkatkan ketepatan waktu layanan

Keterjangkauan: ⊕ Lihat Standar 1.4 Sistem Kesehatan: Pembiayaan Kesehatan

Layanan tingkat komunitas: Layanan kesehatan dasar meliputi layanan rumah tangga dan komunitas. Akses ke layanan kesehatan dasar mungkin melalui pekerja kesehatan komunitas atau relawan, pendidik sebaya, atau dengan kerjasama dengan komite kesehatan desa untuk meningkatkan keterlibatan pasien dan komunitas. Layanan dapat berkisar dari program kesehatan ke promosi kesehatan atau manajemen kasus dan tergantung pada konteks. Semua program harus dibangun tautan dengan dengan fasilitas kesehatan dasar terdekat untuk memastikan layanan terpadu, supervisi klinik dan pemantauan program. Ketika pekerja kesehatan komunitas (kader kesehatan) menyaring kurang gizi akut, merujuk ke layanan gizi di fasilitas layanan kesehatan atau lokasi lain yang diperlukan. ⊕ Lihat Standar 1.2 Penilaian Keamanan Pangan dan Gizi: Penilaian Gizi. Layanan terpadu dengan program komunitas di sektor lain, misalnya WASH dan gizi. ⊕ Lihat Standar 1.1 Promosi Higiene WASH dan Standar 2.1 Manajemen Kurang Gizi - Ketahanan Pangan dan Gizi.

Sistem rujukan kedaruratan dengan penentuan sebelumnya, aman dan mekanisme pengangkutan terlindung harus tersedia 24 jam sehari, tujuh hari dalam seminggu. Harus ada serah terima klinis antara perujuk dan pemberi layanan kesehatan penerima.

Hak-hak pasien: Merancang sarana layanan kesehatan dan layanan-layanan untuk memastikan privasi dan kerahasiaan, seperti tersedianya ruang konsultasi terpisah. Meminta persetujuan medik dari pasien atau wali mereka sebelum penatalaksanaan medik atau bedah. Melakukan pertimbangan khusus yang dapat memengaruhi persetujuan medik dan keamanan, misalnya usia, gender, disabilitas, Bahasa atau kesukuan. Membangun mekanisme umpan balik pasien sedini mungkin. Perlindungan data pasien. ⊕ Lihat Standar 1.5 Sistem Kesehatan: Informasi Kesehatan.

Fasilitas yang tepat dan aman: Menerapkan protokol penggunaan obat rasional dan manajemen obat-obatan dan alat-alat kesehatan yang aman. ⊕ Lihat Standar 1.3 Sistem Kesehatan: Obat-obatan yang Penting dan Alat-alat Kesehatan.

Pastikan agar fasilitas cocok, walaupun dalam kedaruratan. Pastikan ruang privasi untuk konsultasi, alur pasien diselenggarakan, suatu jarak 1 meter antar tempat tidur, ventilasi, sebuah ruang sterilisasi (bukan ruang terbuka) untuk rumah sakit, pasokan energi memadai untuk mendukung peralatan kritis, struktur WASH memadai. Selama wabah/kejadian luar biasa penyakit-penyakit, ulas persyaratan prasarana dan panduan termasuk, sebagai contoh, pemilahan pasien (triase), zona observasi dan isolasi.

Merancang upaya untuk membuat fasilitas layanan kesehatan aman, terlindung dan dapat diakses selama suatu krisis seperti banjir atau konflik.

Pencegahan dan pengendalian infeksi adalah kunci dalam segala situasi untuk mencegah penyakit dan resistensi terhadap obat anti-mikroba. Walaupun bukan dalam situasi krisis, di dunia 12 % pasien akan mengalami infeksi ketika menerima layanan kesehatan, dan 50% infeksi setelah pembedahan resisten terhadap obat antibiotik yang sudah dikenal baik.



Komponen inti pencegahan dan pengendalian infeksi meliputi menghasilkan dan melaksanakan pedoman (mengenai standar kehati-hatian, kehati-hatian akibat penularan dan teknik aseptik klinis), memiliki sebuah tim pencegahan dan pengendalian infeksi dalam setiap situasi, pelatihan angkatan kerja tenaga kesehatan, pemantauan program dan memadukan penemuan infeksi-infeksi terkait layanan kesehatan dan resistensi obat-obatan anti-mikroba dalam sistem pengawasan. Situasi layanan kesehatan harus mempunyai keseimbangan ketenagakerjaan dan beban kerja, penggunaan tempat tidur (tidak lebih dari satu pasien tiap tempat tidur), membangun lingkungan dan harus memelihara praktik higiene yang aman. ⊕ Lihat Standar 1.2 Sistem Kesehatan: Angkatan Kerja Layanan Kesehatan, ⊕ lihat Fasilitas yang tepat dan aman di atas, prasarana dan peralatan WASH, ⊕ lihat Standar 6 WASH: WASH dalam situasi layanan kesehatan.

Standar pencegahan adalah bagian dari upaya pencegahan dan pengendalian infeksi, termasuk:

- Pencegahan cedera dari benda-benda tajam: memegang jarum, pisau bedah dan benda tajam lainnya dengan hati-hati, misalnya saat membersihkan peralatan yang digunakan atau membuang jarum yang sudah digunakan. Setiap orang dengan cedera tajam harus diberikan pencegahan setelah paparan untuk HIV dalam 72 jam. ⊕ Lihat Layanan Kesehatan Penting - Standar 2.3.3 Kesehatan seksual dan reproduktif: HIV.
- Menggunakan peralatan perlindungan pribadi: Memberikan alat perlindungan pribadi berdasarkan risiko dan tugas yang akan dilakukan. Nilai jenis paparan yang diantisipasi (sebagai contoh, bilasan, semprotan, kontak atau sentuhan) dan kategori penularan penyakit, ketahanan dan ketepatan alat perlindungan diri untuk tugas (misalnya tahan cairan atau tidak tembus cairan), dan kecocokan peralatan. Alat perlindungan diri tambahan akan tergantung jenis penularan: kontak (sebagai contoh, jubah atau sarung tangan), tetesan (masker bedah perlu digunakan bila berada 1 meter dari pasien) atau menular lewat udara (bahan dari saluran napas) ⊕ lihat standar 6 WASH: WASH dalam Situasi Layanan Kesehatan.
- Upaya lain termasuk higiene tangan, manajemen sampah layanan kesehatan, memelihara suatu lingkungan yang bersih, pembersihan peralatan kesehatan, higiene pernapasan dan batuk, dan memahami prinsip suci hama. ⊕ Lihat Standar 6 WASH: WASH dalam situasi Layanan Kesehatan.

Efek samping: Di dunia 10% pasien rumah sakit mengalami suatu efek samping (walaupun ini di luar suatu krisis kemanusiaan), sebagian besar akibat prosedur bedah yang tidak aman, kesalahan obat dan infeksi terkait layanan kesehatan. Suatu daftar efek samping perlu ada di setiap fasilitas layanan kesehatan dan diaudit untuk mempromosikan pembelajaran.

Manajemen jenazah: menggunakan kebiasaan setempat dan praktik kepercayaan untuk mengelola jenazah dengan hormat dan identifikasi serta mengembalikannya ke keluarga. Apakah itu suatu wabah, bencana alam, konflik atau pembunuhan massal, manajemen jenazah memerlukan koordinasi antara sektor kesehatan, WASH, hukum, perlindungan dan forensik.

Jenazah menunjukkan suatu risiko kesehatan langsung. Pada beberapa penyakit (sebagai contoh kolera atau Ebola) mensyaratkan manajemen khusus. Pemulasaraan jenazah memerlukan alat perlindungan diri, pengangkutan dan tempat penyimpanan, juga dokumentasi. ⊕ Lihat Standar WASH 6: WASH dalam Situasi Layanan Kesehatan.

Standar 1.2 Sistem Layanan Kesehatan: Angkatan Kerja Layanan Kesehatan

Warga mempunyai akses kepada angkatan kerja layanan kesehatan yang terampil dan memadai pada setiap tingkatan layanan kesehatan.

Tindakan-tindakan kunci

- 1) Meninjau penempatan tingkatan tenaga kerja yang ada sesuai klasifikasi nasional untuk menentukan kesenjangan dan wilayah yang kurang terlayani.
 - Menelusuri penempatan tingkatan tenaga kerja per 1.000 orang berdasarkan fungsi dan tempat bekerja.
- 2) Melatih peran baru tenaga kesehatan sesuai dengan standar nasional atau pedoman internasional.
 - Menyadari tenaga kesehatan dalam kedaruratan akut dapat meluaskan peran-perannya dan memerlukan pelatihan dan dukungan.
 - Melakukan pelatihan penyegaran bila ada pergantian tenaga kesehatan yang tinggi.
- 3) Mendukung pekerja layanan kesehatan bertugas dalam lingkungan kerja yang aman.
 - Melaksanakan dan mengadvokasi segala upaya untuk melindungi pekerja layanan kesehatan dalam konflik.
 - Memberikan pelatihan kesehatan kerja dan imunisasi hepatitis B dan tetanus untuk pekerja klinik.
 - Mendukung pencegahan dan pengendalian infeksi dan alat perlindungan diri memadai untuk semua pekerja layanan kesehatan yang sedang bertugas.
- 4) Mengembangkan strategi insentif dan imbal jasa yang mengurangi perbedaan pembayaran dan distribusi tidak adil pekerja layanan kesehatan antara Kementerian kesehatan dan lembaga layanan kesehatan lainnya.
- 5) Membagikan data angkatan kerja layanan kesehatan dan informasi kesiapan dengan Kementerian Kesehatan dan Lembaga setempat dan nasional lainnya.
 - Senantiasa menyadari perpindahan dan keberangkatan pekerja layanan kesehatan selama konflik..

Indikator Kunci

Jumlah pekerja kesehatan komunitas per 1.000 orang

- Minimum 1-2 kader kesehatan komunitas

Persentase kelahiran bayi yang didampingi tenaga terlatih (dokter, perawat, bidan)

- Minimum 80%

Jumlah petugas pendamping kelahiran terlatih (dokter, perawat, bidan)

- Minimum 23 per 10.000 orang

Semua staf kesehatan yang melaksanakan tugas klinik menerima pelatihan protokol klinik dan manajemen kasus



Catatan Panduan

Ketersediaan tenaga kesehatan: Angkatan kerja layanan kesehatan termasuk dokter, perawat, bidan, petugas klinik, petugas laboratorium, ahli farmasi dan pekerja kesehatan komunitas, juga manajemen dan staf pendukung. Jumlah dan profil pekerja harus sesuai kebutuhan penduduk dan pelayanan. Kekurangan tenaga dapat menghasilkan beban kerja berlebihan dan layanan kesehatan yang tidak aman. Perlu memadukan pekerja layanan kesehatan yang ada dalam respons kedaruratan.

Ketika merekrut dan melatih staf setempat, ikuti pedoman nasional (atau internasional bila pedoman nasional tidak ada). Perekrutan staf internal harus mengikuti peraturan nasional dan Kementerian Kesehatan (misalnya bukti kualifikasi, khususnya untuk praktik klinik).

Pertimbangkan dengan hati-hati warga yang sulit dicapai di wilayah perdesaan dan perkotaan, termasuk yang dekat wilayah konflik. Staf harus memberikan layanan kepada warga semua suku, bahasa dan golongan. Merekrut dan melatih pekerja kesehatan tingkatan akar rumput untuk menjangkau komunitas, manajemen kasus dalam tim keliling atau pos kesehatan, serta mengembangkan mekanisme rujukan yang kuat. Paket insentif mungkin diperlukan untuk bekerja di wilayah yang sulit.

Pekerja kesehatan komunitas: program komunitas dengan kader kesehatan komunitas (termasuk relawan) meningkatkan akses ke penduduk yang sulit dijangkau, termasuk yang dipinggirkan atau penduduk yang diberi stigma. Ketika ada hambatan geografis atau isu penerimaan dalam masyarakat yang beragam, seorang kader kesehatan komunitas mungkin hanya dapat melayani 300 orang daripada 500.

Kader pekerja kesehatan komunitas beragam. Mereka sebaiknya dilatih pertolongan pertama atau manajemen kasus atau mungkin melakukan pemeriksaan kesehatan. Mereka harus dikaitkan dengan fasilitas layanan kesehatan terdekat untuk memastikan pengawasan dan keterpaduan layanan. Sering kader kesehatan komunitas tidak dapat diserap dalam sistem kesehatan ketika kedaruratan sudah berakhir. Dalam beberapa situasi, kader kesehatan komunitas biasanya bekerja hanya di wilayah perdesaan, sehingga model yang berbeda mungkin diperlukan dalam krisis perkotaan .

Penerimaan: Memenuhi harapan masyarakat bercorak sosio-budaya akan meningkatkan keterlibatan pasien. Staf harus mencerminkan keragaman penduduk dengan suatu campuran keragaman sosio-ekonomi, suku, bahasa dan kelompok orientasi seksual, dan suatu keseimbangan gender yang tepat.

Mutu: Organisasi-organisasi harus melatih dan melakukan supervisi staf untuk memastikan pemutakhiran pengetahuan mereka dan praktik mereka aman. Menyelaraskan program pelatihan dengan pedoman nasional (diadaptasikan untuk kedaruratan) atau pedoman internasional yang disetujui.

Hal ini meliputi pelatihan mengenai:

- protokol klinik dan manajemen kasus;
- prosedur operasional tetap (misalnya pencegahan dan pengendalian infeksi, manajemen sampah medik);
- perlindungan dan keamanan (diadaptasikan sesuai tingkat risiko); dan
- kode etik (misalnya etika medik, hak-hak pasien, prinsip-prinsip kemanusiaan, perlindungan anak, perlindungan dari eksploitasi dan penyalahgunaan seksual) ⊕ lihat Layanan Kesehatan Dasar - Standar 2.3.2 kesehatan seksual dan reproduksi: Kekerasan seksual dan manajemen klinik perkosaan dan prinsip-prinsip perlindungan.

Supervisi regular dan pemantauan bermutu akan mendorong praktik baik. Sekali pelatihan saja tidak menjamin mutu yang baik. Berbagi catatan dengan Kementerian Kesehatan mengenai siapa yang sudah dilatih, dalam bidang apa, oleh siapa, kapan dan di mana.

Standar Sistem Kesehatan 1.3:

Obat-obatan dan alat-alat kesehatan yang penting

Warga memperoleh akses terhadap obat-obatan dan alat-alat kesehatan yang penting yang aman, berhasil guna dan mutunya terjamin.

Tindakan-tindakan kunci

- 1) Membuat daftar obat-obatan dan alat kesehatan penting yang terstandarisasi untuk layanan kesehatan prioritas
 - Meninjau daftar obat-obatan dan alat kesehatan penting nasional yang ada sedini mungkin dalam respons dan mengadaptasikannya untuk situasi kedaruratan.
 - Memperhatikan secara khusus obat-obatan berijin yang mungkin memerlukan advokasi khusus untuk memastikan ketesediaannya.
- 2) Membuat sistem manajemen tepat guna untuk memastikan ketersediaan obat-obatan dan alat-alat kesehatan yang penting.
 - Melibatkan pengiriman, penyimpanan dan rantai dingin untuk vaksin termasuk pengumpulan dan penyimpanan produk darah.
- 3) Menerima sumbangan obat-obatan dan alat kesehatan hanya ketika mereka memenuhi pedoman internasional yang diakui.

Indikator Kunci

Jumlah obat-obatan yang penting tidak tersedia

- maksimum 4 hari dalam sebulan

Prosentasi sarana kesehatan dengan obat-obatan penting

- minimum 80%

Persentase sarana kesehatan dengan alat-alat kesehatan penting yang berfungsi

- minimum 80%

Semua obat-obatan yang diresepkan kepada pasien belum kadaluarsa

Catatan Panduan

Menelola obat-obatan penting: Obat-obatan penting termasuk obat-obatan berijin, vaksin dan produk darah. Manajemen obat-obatan yang baik memastikan ketersediaan juga menghindarkan obat-obatan yang tidak aman atau kadaluarsa. elemen kunci manajemen adalah pemilihan, memperkirakan, menyediakan, menyimpan dan mengedarkan.

Pemilihan haruslah berdasarkan daftar obat-obat penting nasional. Advokasikan untuk memenuhi kesenjangan untuk penyakit-penyakit tidak menular, kesehatan reproduksi,



Pereda nyeri untuk layanan paliatif, bedah, anestesi, kesehatan jiwa, obat-obat berjin (lihat di bawah) atau lainnya.

Perkiraan: harus berdasarkan konsumsi, data kesakitan dan analisis konteks. Pasokan obat-obatan nasional yang mungkin terganggu ketika pabrik setempat terdampak, gudang-gudang rusak atau penyediaan internasional terlambat, di antara semua faktor-faktor.

Penyediaan: metoda harus memenuhi hukum nasional, peraturan bea cukai, dan mekanisme penjaminan mutu untuk penyediaan internasional. Advokasi untuk perubahan mekanisme ketika keterlambatan terjadi (melalui Kementerian Kesehatan, Lembaga yang memimpin, Badan Penanggulangan Bencana Nasional atau koordinator kemanusiaan). Ketika sistem tidak ada, penyediaan produk yang sudah ditentukan terdahulu dalam masa kerja dan bahasa negara dan angkatan kerja layanan kesehatan.

Penyimpanan: Obat-obatan harus disimpan secara aman selama siklus pasokan obat-obatan. Persyaratan beragam di antara produk-produk. Obat-obatan harus tidak disimpan langsung di lantai. Pastikan wilayah terpisah untuk bahan-bahan yang kadaluarsa (terkunci), bahan-bahan yang mudah meledak (ventilasi yang baik, dengan pemadam kebakaran), bahan-bahan berjin (dengan perlindungan tambahan), dan produk yang memerlukan rantai dingin atau pengendalian temperatur.

Pembuangan aman obat-obatan kadaluarsa: Cegah pencemaran lingkungan dan ancaman untuk warga. Penuhi peraturan nasional (diadaptasi untuk kedaruratan) atau pedoman internasional. Alat pembakar yang bertemperatur sangat tinggi sangat mahal dan penyediaan obat-obatan berjangka pendek. ☉ Lihat Standar 6 WASH: WASH dalam situasi layanan Kesehatan.

Alat-alat Kesehatan penting: Mendefinisikan dan menyediakan alat dan peralatan yang penting (termasuk reagen laboratorium, mesin yang besar) pada setiap tingkat layanan kesehatan yang mengikuti pedoman nasional atau internasional. Termasuk alat bantuan untuk orang dengan disabilitas, lebih disukai buatan setempat. Pe-non-aktifan alat secara aman. Menyebar atau mengganti alat yang hilang dan memberikan informasi yang jelas mengenai penggunaan dan pemeliharaan. Kirim ke layanan rehabilitasi untuk mendapatkan ukuran yang tepat, mencocokkan, menggunakan dan memelihara. Hindari ketiadaan barang untuk penyebaran.

Kotak persiapan penting pada tahap awal krisis atau penyiapan sebelum kesiapsiagaan. Kotak ini berisi obat-obatan dan alat kesehatan penting yang sudah disiapkan beragam sesuai dengan intervensi Kesehatan. WHO adalah penyedia utama untuk kotak kedaruratan antar lembaga dan kotak penyakit tidak menular, sebagai tambahan, kotak untuk menatalaksanakan diare, trauma dan lain-lainnya. UNFPA (United Nations Population Fund, Lembaga Dana Kependudukan Perserikatan Bangsa-bangsa) adalah penyedia utama kotak kesehatan seksual dan reproduktif.

Obat-obatan berjin: Obat-obatan untuk pereda nyeri, kesehatan jiwa dan perdarahan pasca persalinan biasanya dikendalikan. Sekitar 80% negara berpendapatan rendah tidak dapat akses memadai terhadap obat-obatan pereda nyeri, mengadvokasikan ke Kementerian Kesehatan dan pemerintah untuk memperbaiki ketersediaan obat-obatan berjin.

Produk darah: berkoordinasi dengan layanan transfusi darah nasional bila ada. Pengumpulan darah hanya terhadap relawan. Semua produk diuji terhadap HIV, hepatitis B dan C, dan sifilis sebagai minimum, dengan penggolongan darah dan pengujian kecocokan. Simpan dan sebar produk secara aman. Melatih staf klinik tentang penggunaan rasional darah dan produk darah.

Standar 1.4 Sistem Kesehatan: Pembiayaan Kesehatan

Warga mempunyai akses terhadap layanan kesehatan gratis selama masa krisis

Tindakan-tindakan kunci

- 1 Merencanakan penghapusan atau penundaan sementara biaya pengguna bila dibebankan melalui sistem pemerintahan.
- 2 Mengurangi biaya-biaya tidak langsung atau penghalang keuangan lain untuk mencapai dan menggunakan layanan.

Indikator Kunci

Persentase fasilitas layanan kesehatan yang membebaskan biaya pengguna untuk layanan kesehatan prioritas (termasuk konsultasi, penatalaksanaan, investigasi dan pemberian obat-obatan)

- Sasaran 100%

Persentase orang yang tidak melakukan pembayaran langsung apa pun saat mengakses atau menggunakan layanan kesehatan (termasuk konsultasi, penatalaksanaan, investigasi dan pemberian obat-obatan).

- Sasaran 100%

Catatan Panduan

Biaya pengguna: Mensyaratkan pembayaran terhadap layanan selama suatu kedaruratan menghalangi akses dan mungkin mencegah orang mencari layanan kesehatan.

Penanggungan biaya pengguna pada layanan kesehatan pemerintah penting dalam pengurangan tekanan keuangan. Pertimbangkan dukungan fasilitas Kementerian Kesehatan atau penyedia layanan lain yang bertanggung jawab dengan gaji dan insentif staf, obat-obatan tambahan, alat-alat kesehatan dan alat-alat bantuan. Ketika biaya pengguna ditangguhkan sementara, pastikan pengguna dapat informasi jelas mengenai waktu dan alasan, pantau akses dan mutu layanan.

Biaya tidak langsung: dapat dikurangi dengan memberikan layanan memadai di komunitas dan menggunakan mekanisme yang direncanakan untuk pengiriman dan rujukan.

Bantuan berbasis Uang Tunai: Cakupan Kesehatan Universal 2030 menasar negara agar harus memberi layanan kesehatan tanpa tagihan biaya yang tidak semestinya. Tidak ada bukti yang jelas bahwa menggunakan bantuan berbasis tunai secara khusus pada respons kesehatan pada situasi kemanusiaan berdampak positif pada kesehatan, sampai pada edisi (Sphere) ini. ⊕Lihat Apa Sphere? termasuk Penyaluran bantuan-melalui mekanisme pasar.

Pengalaman menunjukkan bahwa bantuan berbasis uang tunai dalam respons kesehatan akan membantu, bila:

- kedaruratan sudah distabilkan;
- ada layanan yang dapat diharapkan untuk membantu, seperti layanan pra-persalihan atau manajemen penyakit kronis;



- ada perilaku hidup sehat yang positif dan tingginya kebutuhan; dan
- kebutuhan rumah tangga kritis lainnya sudah terpenuhi seperti pangan dan hunian.

Standar 1.5 Sistem Kesehatan: Informasi Kesehatan

Layanan kesehatan dipandu oleh bukti melalui pengumpulan, analisis dan penggunaan data kesehatan masyarakat yang relevan.

Tindakan-tindakan kunci

- 1 Menguatkan atau mengembangkan suatu sistem informasi kesehatan yang memberikan informasi akurat dan mutakhir untuk respons kesehatan yang tepat guna dan setara.
 - Memastikan sistem informasi kesehatan melibatkan semua pemangku kepentingan, sederhana dilaksanakan dan sederhana untuk mengumpulkan, analisis dan tafsiran informasi untuk mengarahkan respons.
- 2 Menguatkan atau mengembangkan mekanisme peringatan dini, peringatan dan respons penyakit (EWAR - Early Warning, Alert) dan pemantauan untuk semua bentuk ancaman yang memerlukan suatu respons segera.
 - Menentukan penyakit-penyakit prioritas dan kejadian yang termasuk berdasarkan profil risiko epidemiologis dan konteks kedaruratan.
 - Menggabungkan indikator dan komponen berdasarkan kejadian.
- 3 Menyepakati dan menggunakan data dan definisi operasional yang sama.
 - Mempertimbangkan angka penentu, misalnya jumlah penduduk, ukuran keluarga dan pemilahan usia.
 - Menentukan wilayah administrasi dan kode geografis.
- 4 Menyepakati prosedur tetap bagi semua pelaku kesehatan saat menggunakan informasi kesehatan.
- 5 Memastikan mekanisme untuk melindungi data yang menjamin hak-hak dan keamanan perorangan, unit pelaporan dan / atau warga.
- 6 Mendukung pelaku utama untuk mengumpulkan, menganalisis, menafsir dan menyebarkan informasi kesehatan kepada semua pemangku kepentingan pada waktunya dan secara regular, dan untuk memandu pengambil keputusan program kesehatan.
 - Masukkan cakupan dan penggunaan layanan kesehatan, dan menganalisis dan menafsir data epidemiologis.

Indikator Kunci

Persentase laporan lengkap peringatan dini, peringatan dan respons (EWAR)/ pengawasan

- Minimum 80%

Frekuensi laporan informasi kesehatan dihasilkan oleh pelaku kesehatan utama

- Minimum setiap bulan

Catatan Panduan

Sistem Informasi Kesehatan: Suatu sistem informasi kesehatan yang berfungsi baik memastikan hasil, analisis, penyebaran dan penggunaan informasi yang dapat diandalkan dan tepat waktu untuk penentuan kesehatan, kinerja sistem kesehatan dan status kesehatan. Data yang terkumpul mungkin bersifat kualitatif atau kuantitatif dan dikumpulkan dari beragam sumber misalnya sensus, pendaftaran kelahiran dan kematian, survei kependudukan, survei kebutuhan yang dirasakan, catatan pribadi dan laporan fasilitas layanan kesehatan (misalnya sistem informasi manajemen kesehatan). Sistem Informasi Kesehatan harus cukup fleksibel untuk menggabungkan dan mencerminkan tantangan yang tidak diharapkan misalnya kejadian luar biasa/wabah atau runtuhnya sistem atau layanan kesehatan. Informasi akan mengidentifikasi masalah-masalah dan kebutuhan di setiap tingkatan sistem kesehatan.

Mengumpulkan informasi yang hilang melalui penilaian lanjut atau survei. Mempertimbangkan perpindahan penduduk lintas batas, dan informasi yang diperlukan atau tersedia. Berikan analisis teratur mengenai siapa yang melakukan apa dan di mana.

Sistem Informasi Manajemen Kesehatan atau pelaporan rutin: menggunakan informasi kesehatan yang diperoleh dari fasilitas layanan kesehatan untuk menilai kinerja penyampaian layanan kesehatan. Suatu Sistem Informasi Manajemen Kesehatan memantau penyampaian intervensi khusus, penatalaksanaan kondisi-kondisi, sumber-sumber misalnya ketersediaan obat-obatan, ketenagaan dan tingkat penggunaan.

Pengawasan Kesehatan: suatu pengumpulan, analisis, tafsiran data kesehatan secara berkelanjutan dan sistematis. Pengawasan penyakit secara khusus memantau beragam penyakit dan pola-pola perubahan dan sering dimuat dalam pelaporan Sistem Manajemen Informasi Kesehatan.

Peringatan Dini, Peringatan dan Respons: adalah bagian sistem pengawasan kesehatan rutin. Peringatan Dini, peringatan dan respons menemukan dan mengeluarkan suatu peringatan pada setiap kejadian kesehatan masyarakat yang memerlukan respons dini, misalnya keracunan bahan kimiawi atau penyakit-penyakit berpotensi kejadian luar biasa/wabah. ⊕ Lihat Standar 2.1.2 Layanan Kesehatan Penting - Penyakit-penyakit Menular: pengawasan, kejadian luarbiasa, penemuan dan respons dini.

Prosedur Tetap: membangun definisi dan cara penyampaian informasi bersama lintas lokasi geografis, tingkatan layanan dan pelaku kesehatan. Yang minimum disepakati adalah:

- definisi kasus;
- indikator pantauan;
- unit pelaporan (misalnya klinik keliling, rumah sakit lapangan, pos kesehatan);
- jalur pelaporan; dan
- frekuensi pengiriman data, analisis dan pelaporan.

Pemilahan Data: data informasi kesehatan harus dipilah berdasarkan jenis kelamin, usia, jenis disabilitas, pindahan dan penduduk tuan rumah, konteks (misalnya situasi kamp/non-kamp) dan tingkat administrasi (provinsi, kabupaten) untuk memandu pengambilan keputusan dan menemukan ketidakadilan terhadap kelompok-kelompok berisiko.

Untuk Peringatan Dini, Peringatan dan Respons, pemilahan data kematian dan kesakitan untuk anak di atas dan di bawah lima tahun. Tujuannya agar secara cepat menghasilkan



suatu peringatan, data kurang rinci dapat diterima. Penyelidikan data, penelusuran kontak, daftar antri dan pantauan lanjut kecenderungan penyakit pada situasi kejadian luar biasa atau wabah harus memilah data.

Manajemen, perlindungan dan kerahasiaan data: Lakukan pencegahan memadai untuk melindungi keamanan perorangan dan data. Staf harus tidak pernah membagikan informasi pasien kepada siapa pun yang tidak langsung terlibat dalam pelayanan pasien tanpa izin pasien. Beri pertimbangan pada warga dengan gangguan intelektual, mental atau indra yang dapat mengakibatkan kemampuan mereka memberikan persetujuan medik. Sadari adanya warga hidup dengan kondisi seperti HIV yang mungkin tidak diketahui statusnya oleh anggota keluarga dekatnya. Perlakukan data yang berhubungan dengan cedera yang disebabkan oleh siksaan atau pelanggaran hak-hak asasi manusia lainnya, termasuk serangan seksual dengan hati-hati. Pertimbangkan pemberian informasi seperti ini kepada pelaku-pelaku atau lembaga-lembaga yang tepat ketika yang bersangkutan memberikan persetujuan medik. ⊕ Lihat Prinsip Perlindungan 1 dan Standar Kemanusiaan Inti Komitmen 4.

Ancaman terhadap layanan kesehatan: Ancaman terhadap pekerja layanan kesehatan, atau setiap kejadian tindak kekerasan yang melibatkan pekerja layanan kesehatan harus dilaporkan menggunakan mekanisme setempat dan nasional yang disepakati. ⊕ Lihat Konsep Penting dalam Kesehatan (di atas) dan Rujukan dan Bacaan Lanjut (di bawah).

2. Layanan Kesehatan Dasar

Layanan kesehatan dasar menangani penyebab utama kematian dan kesakitan pada suatu penduduk terdampak krisis. Koordinasi dengan Kementerian Kesehatan dan pelaku berwenang dalam bidang kesehatan untuk menyepakati jenis layanan yang diprioritaskan, waktu dan tempat. Prioritas didasari situasi, penilaian risiko dan bukti yang tersedia.

Suatu penduduk terdampak krisis akan mempunyai kebutuhan baru dan berbeda, yang akan terus berkembang. Warga mungkin menghadapi kerumunan, perpindahan berkali-kali, kurang gizi, ketiadaan akses terhadap air, atau konflik berkelanjutan. Usia, gender, disabilitas, status HIV, bahasa, atau identitas kesukuan dapat memengaruhi kebutuhan lebih lanjut dan mungkin sungguh menghambat akses layanan. Pertimbangkan kebutuhan warga yang hidup di wilayah yang kurang dilayani atau sulit dijangkau lokasinya.

Sepakati layanan prioritas dengan Kementerian Kesehatan dan pelaku kesehatan lainnya, berfokus pada risiko-risiko yang paling mungkin terjadi dan menyebabkan kesakitan dan kematian terbanyak. Program kesehatan harus memberikan layanan tepat, mempertimbangkan situasi, logistik dan sumber-sumber yang akan diperlukan. Prioritas-prioritas mungkin berubah sesuai dengan situasi yang lebih baik atau memburuk. Hal ini harus dilakukan secara teratur, berdasarkan informasi yang tersedia dan ketika situasi berubah.

Ketika tingkat kematian turun atau situasi stabil, layanan kesehatan yang lebih terpadu lebih memungkinkan. Dalam situasi krisis berlarut-larut mungkin diperlukan suatu paket layanan kesehatan dasar yang ditentukan di tingkat negara.

Bagian ini meliputi layanan kesehatan dasar dalam bidang kunci respons kedaruratan: penyakit menular, kesehatan anak, kesehatan seksual dan reproduktif, layanan cedera dan trauma, kesehatan jiwa, penyakit tidak menular dan layanan paliatif.

2.1 Penyakit-penyakit Menular

Suatu krisis kemanusiaan, entah disebabkan oleh suatu bencana akibat fenomena alam, konflik atau kelaparan sering mengakibatkan peningkatan kesakitan dan kematian disebabkan oleh penyakit-penyakit menular. Penduduk pindah ke hunian komunitas yang padat atau tenda-tenda yang berarti penyakit-penyakit seperti diare dan campak mudah menyebar. Kerusakan fasilitas sanitasi atau ketiadaan air bersih berarti penyakit-penyakit yang ditularkan melalui air dan vektor ditularkan dengan cepat. Berkurangnya kekebalan tubuh penduduk meningkatkan dugaan penyakit. Suatu kegagalan sistem kesehatan dapat mengganggu penatalaksanaan jangka panjang, seperti HIV dan tuberkulosis, pemberian imunisasi rutin dan penatalaksanaan kondisi sederhana seperti infeksi-infeksi saluran pernapasan.

Infeksi saluran napas akut, diare, campak dan malaria masih dihitung sebagai penyebab kesakitan pada penduduk terdampak krisis. Kurang gizi akut memperberat penyakit-penyakit ini, khususnya pada anak-anak berusia di bawah lima tahun, dan pada lanjut usia.

Sasaran layanan kesehatan dalam dasar dalam suatu krisis adalah mencegah penyakit-penyakit menular sejak awal, mengelola setiap kasus, dan memastikan suatu respons cepat dan tepat bila ada kejadian luar biasa (wabah). Intervensi menangani penyakit-penyakit menular harus meliputi pencegahan, menemukan kejadian luar biasa (wabah), diagnosis, pengelolaan kasus, dan respons kejadian luar biasa (wabah).



Standar 2.1.1 Penyakit-penyakit Menular: Pencegahan

Warga memiliki akses ke layanan kesehatan dan informasi untuk mencegah penyakit-penyakit menular.

Tindakan-tindakan kunci

- 1 Menentukan risiko penyakit-penyakit menular pada penduduk terdampak.
 - Meninjau informasi kesehatan yang ada bila tersedia dan pengawasan data termasuk status gizi dan akses terhadap air bersih dan sanitasi.
 - Melakukan penilaian risiko terhadap penduduk terdampak, termasuk pemimpin setempat dan tenaga kesehatan.
- 2 Bekerja dengan sektor lain untuk mengembangkan upaya pencegahan umum dan membentuk program promosi kesehatan di tingkat komunitas.
 - Menangani secara khusus ketakutan, berita bohong dan kepercayaan umum yang dapat memperburuk perilaku kesehatan.
 - Berkoordinasi dengan sektor lain untuk menjangkau warga, seperti promotor hygiene atau pekerja gizi komunitas, untuk memastikan penyebaran pesan yang selaras.
- 3 Melaksanakan upaya imunisasi untuk pencegahan penyakit.
 - Menentukan kebutuhan kampanye imunisasi untuk penyakit menular khusus berdasarkan risiko, peluang dan situasi.
 - Melakukan imunisasi rutin melalui program imunisasi yang sudah ada sebelumnya sesegera mungkin.
- 4 Melaksanakan upaya pencegahan penyakit khusus sesuai kebutuhan.
 - Memberikan dan memastikan semua pasien rawat penggunaan kelambu berinsektisida jangka panjang di daerah malaria.
- 5 Melaksanakan upaya pencegahan dan pengendalian infeksi pada setiap tingkatan layanan kesehatan sesuai risiko. ⊕ Lihat Standar 1.1 Sistem Kesehatan dan Standar 6 Dukungan WASH: WASH dalam Situasi Layanan Kesehatan.

Indikator Kunci

Persentase warga yang mengadopsi pilihan praktik kunci yang dipromosikan dalam kegiatan-kegiatan dan pesan-pesan pendidikan kesehatan.

Persentase rumah tangga terdampak yang melaporkan bahwa mereka telah menerima informasi tentang risiko-risiko terkait penyakit menular dan tindakan pencegahan.

Persentase rumah tangga terdampak yang dapat menjelaskan tiga upaya yang mereka lakukan untuk mencegah penyakit-penyakit menular.

Semua pasien rawat dalam situasi layanan kesehatan menggunakan kelambu berinsektisida jangka panjang dalam wilayah malaria.

Kejadian (insiden) penyakit menular utama stabil atau tidak meningkat dibanding tingkat sebelum krisis.

Catatan Panduan

Penilaian-penilaian risiko: Lakukan penilaian-penilaian risiko dengan penduduk terdampak, pemimpin setempat dan tenaga kesehatan. Analisis risiko-risiko yang dihadapi sesuai situasi dan lingkungan, misalnya hunian padat komunitas dan wilayah perkotaan. Secara aktif mempertimbangkan perbedaan segmen penduduk terhadap faktor khusus penyakit, tingkat kekebalan yang rendah dan risiko-risiko lain.

Upaya-upaya pencegahan antar sektor: mengembangkan upaya-upaya pencegahan umum seperti higiene yang tepat, pembuangan sampah, air bersih yang aman dan memadai, serta manajemen vektor. Hunian memadai, jarak antar hunian dan ventilasi dapat menolong pengurangan penularan. Pemberian Air Susu Ibu (ASI) eksklusif dan akses terhadap gizi yang memadai berkontribusi langsung terhadap status Kesehatan. ⊕ Lihat Komitmen 3 Standar Kemanusiaan Inti, Standar 1.1 WASH Promosi Higiene, Standar WASH 2.1 dan 2.2 Pasokan Air, Standar 5.1 sampai 5.3 WASH Manajemen Sampah Padat, Standar 2 Hunian dan Permukiman, dan Standar 4.1 dan 4.2 Hunian dan Permukiman dan Ketahanan Pangan dan Gizi - Bayi dan Anak Kecil.

Promosi Kesehatan: Libatkan komunitas-komunitas untuk memberikan informasi dalam bentuk dan Bahasa yang dipahami warga lanjut usia, penyandang disabilitas, perempuan dan anak. Beri waktu untuk pengujian dan validasi pesan mengenai isu-isu peka.

Imunisasi: Keputusan untuk melakukan suatu kampanye imunisasi akan berdasarkan tiga faktor:

- **Suatu penilaian faktor risiko umum** seperti kurang gizi, tingginya beban penyakit menahun, kerumunan, kondisi WASH tidak memadai, dan risiko-risiko penyakit khusus misalnya geografi, iklim, musim dan kekebalan tubuh penduduk.
- **Kemungkinan suatu kampanye**, berdasarkan suatu penilaian karakter-karakter vaksin, termasuk ketersediaan, ketepatan, keamanan, apakah antigen tunggal atau ganda, diminum atau disuntik, dan stabilitasnya. Pertimbangkan faktor-faktor operasional seperti akses kepada penduduk, desakan waktu, pengiriman, persyaratan material, biaya dan kemampuan untuk memperoleh persetujuan medik.
- **Konteks umum**, termasuk hambatan etis dan praktis seperti perlawanan komunitas, ketidakadilan karena ketiadaan sumber dan hambatan politik atau keamanan, atau ancaman yang diketahui terhadap pelaku imunisasi. ⊕ Lihat Standar 2.2.1 Layanan Kesehatan Dasar - Kesehatan Anak: Vaksin Penyakit-penyakit yang dapat dicegah pada Anak dan Imunisasi pada suatu Krisis Kemanusiaan Akut: Suatu Kerangka Kerja untuk Pengambilan Keputusan, WHO 2012, yang mencakup 23 antigen, termasuk kolera, meningitis, campak dan rotavirus.
- **Pencegahan malaria:** Ketika ada penularan malaria tingkat sedang sampai tinggi, berikan kelambu berinsektisida pada warga kurang gizi berat dan rumah tangga, perempuan hamil. anak di bawah usia lima tahun, anak yang tidak didampingi orang tua dan warga yang hidup dengan HIV. Kemudian prioritaskan warga yang ikut program pemberian makanan tambahan, rumah tangga dengan anak di bawa usia lima tahun dan rumah tangga dengan perempuan hamil. Beri perempuan hamil obat pencegahan malaria sesuai protokol nasional dan pola kekebalan. Di wilayah yang banyak kurang gizi dan kematian akibat campak, pertimbangkan pemberian obat pencegahan malaria sesuai musim.



- **Penyakit-penyakit yang ditularkan nyamuk Aedes:** Demam Dengue, Cikungunya, virus Zika dan demam kuning disebarkan oleh nyamuk Aedes. Pencegahan penyakit melalui manajemen vektor terpadu. Perorangan harus menggunakan pakaian untuk mencegah digigit, dan rumah tangga harus menggunakan air bersih dan praktik manajemen sampah dan penolak nyamuk atau kelambu berinsektisida untuk anak kecil dan bayi yang tidur selama siang hari. ⊕ Lihat Standar WASH 4.2 Pengendalian Vektor: Tindakan rumah tangga dan warga untuk mengendalikan vektor-vektor

Standar 2.1.2 Penyakit-penyakit Menular:

Pengawasan, Penemuan Kejadian Luar Biasa (Wabah) dan Respons Dini

Pengawasan dan sistem pelaporan memberikan penemuan dini kejadian luar biasa dan respons dini.

Tindakan-tindakan kunci

- 1) Menguatkan atau membangun suatu mekanisme Peringatan Dini, Peringatan dan Respons penyakit khusus sesuai konteks.
 - Menentukan penyakit-penyakit prioritas dan kejadian yang dimasukkan, berdasarkan risiko epidemiologis.
 - Melatih pekerja layanan kesehatan di setiap tingkatan mengenai penyakit-penyakit prioritas dan mekanisme untuk memberitahukan pihak berwenang kesehatan dan membuat suatu peringatan.
 - Menyebarkan laporan Peringatan Dini, Peringatan, dan Respons mingguan kepada semua pemangku kepentingan untuk melakukan tindakan yang diperlukan.
- 2) Membentuk tim penyelidikan kejadian luar biasa (wabah)
 - Memastikan tindakan-tindakan dimulai secara cepat ketika suatu peringatan dikeluarkan.
 - Memulai penyelidikan jarak jauh ketika tim tidak mempunyai akses ke penduduk terdampak atau penyintas, seperti di wilayah konflik yang aktif.
- 3) Memastikan contoh dapat diuji dengan uji diagnostik cepat atau laboratorium untuk memastikan suatu kejadian luar biasa (wabah) ⊕ lihat Standar 2.1.3 Layanan Kesehatan Dasar - Penyakit-penyakit Menular: diagnosis dan manajemen Kasus

Indikator Kunci

Persentase peringatan-peringatan dilaporkan dalam 24 jam

- 90%

Persentase peringatan-peringatan yang dilaporkan telah diverifikasi dalam 24 jam

- 90%

Persentase peringatan-peringatan diverifikasi telah diselidiki dalam 24 jam

- 90%

Catatan Panduan

Peringatan Dini, Peringatan dan Respons: Dalam koordinasi dengan semua pemangku kepentingan termasuk Kementerian Kesehatan, mitra-mitra dan komunitas, menguatkan atau membentuk suatu sistem peringatan dini, peringatan dan respons perwakilan penduduk terdampak. ⊕ Lihat Standar 1.5 Sistem Kesehatan: Informasi Kesehatan. Sistem harus dapat menangkap berita bohong (rumor), kejadian tidak biasa dan laporan-laporan komunitas.

Pengawasan dan Peringatan Dini: Menguatkan Sistem Peringatan Dini, Peringatan dan Respons dengan mitra-mitra, dan menyepakati mengenai unit pelaporan, alur data, perangkat pelaporan, perangkat analisis data, definisi kasus dan frekuensi pelaporan.

Pembuatan dan Pelaporan Peringatan: Peringatan kejadian kesehatan yang tidak biasa yang mungkin menandai tahap dini suatu kejadian luar biasa (wabah). Rumuskan ambang peringatan khusus untuk setiap penyakit dan laporkan secepat mungkin. Gunakan peringatan berbasis kejadian segera mengingatkan pelaporan oleh pekerja layanan kesehatan atau analisis laporan berbasis indikator (mingguan atau lebih sering). Segera daftarkan semua peringatan dan kirim ke tim penyelidik kejadian luar biasa (wabah) untuk verifikasi.

Verifikasi Peringatan: Verifikasi informasi peringatan dalam 24 jam. Verifikasi dapat dilakukan dari jauh, seperti melalui telepon, dan melibatkan pengumpulan data lanjutan dan menganalisis kasus (kasus) berdasarkan gejala, tanggal kejadian, tempat, jenis kelamin, usia, dampak kesehatan dan diagnosis banding.

Penemuan Kejadian Luar Biasa (Wabah): Ketika suatu peringatan sudah diverifikasi, lakukan suatu penyelidikan lapangan dalam 24 jam. Pastikan tim memiliki keterampilan memadai untuk verifikasi peringatan, lakukan penyelidikan lapangan, temukan suatu sangkaan kejadian luar biasa (wabah) dan ambil contoh laboratorium. Penyelidikan akan memastikan suatu kejadian luar biasa (wabah) apabila suatu ambang epidemiologis tercapai atau menentukan apakah peringatan menggambarkan kasus sporadik atau puncak musim.

Tinjau kasus-kasus, ambil contoh-contoh dan lakukan suatu penilaian risiko. Hasil yang mungkin:

- ini bukan suatu kasus;
- sebuah kasus terkonfirmasi, namun ini bukan suatu kejadian luar biasa (wabah); atau
- sebuah kasus terkonfirmasi dan sebuah kejadian luar biasa (wabah) diduga/dipastikan.

Beberapa kejadian luar biasa (wabah) hanya dapat dipastikan melalui analisis laboratorium, namun ketika dugaan kejadian luar biasa (wabah) mungkin masih memerlukan tindakan segera.



Peringatan dan ambang kejadian luar biasa (wabah)

Penyakit	Ambang peringatan	Ambang Kejadian Luar Biasa (wabah)
Kolera	2 kasus dengan diare cair akut dan dehidrasi berat pada anak di bawah usia 2 tahun, atau sekarat karena diare akut cair pada tempat yang sama dalam jangka seminggu dari yang lain. 1 kematian akibat diare akut cair berat pada seorang anak berusia 5 tahun atau lebih tua. 1 kasus diare akut cair, diuji positif kolera pada uji diagnostik cepat di suatu wilayah	1 kasus terkonfirmasi.
Malaria	Ditetapkan di tingkat negara tergantung situasi.	Ditentukan di tingkat negara tergantung situasi
Campak	1 kasus	Ditentukan di tingkat negara
Meningitis (radang selaput otak)	2 kasus dalam seminggu (dalam suatu penduduk < 30.000) 3 kasus dalam seminggu (dalam suatu penduduk 30.000-100.000)	5 kasus dalam seminggu (dalam suatu penduduk < 30.000) 10 kasus dalam 100.000 penduduk dalam seminggu (dalam suatu penduduk 30.000-100.000) 2 kasus dikonfirmasi dalam seminggu dalam sebuah kamp
Demam perdarahan akibat virus	1 kasus	1 kasus
Demam kuning	1 kasus	1 kasus

Penyelidikan Kejadian Luar Biasa dan Respons Dini: penyelidikan lebih lanjut ketika suatu kejadian luar biasa adalah kejadian luar biasa dipastikan atau diduga. Menentukan sebab/sumber, siapa yang terkena, cara penularan dan siapa yang berisiko untuk melakukan upaya pengendalian yang tepat.

Lakukan penyelidikan epidemiologi deskriptif, termasuk:

- kasus-kasus, kematian dan orang, waktu dan tempat kejadian, mengembangkan suatu kurva epidemi dan peta kejadian;
- atur daftar-daftar yang mengikuti setiap kasus dan menganalisis luas kejadian luar biasa (wabah), sebagai contoh jumlah orang yang dirumahnyakitkan, komplikasi, tingkat fatalitas kasus; dan
- menghitung tingkat serangan berdasarkan angka penduduk yang disepakati.

Mengembangkan suatu hipotesis yang menjelaskan paparan dan penyakit. Timbang patogen, sumber dan jalur penularan.

Evaluasi hipotesis dan sepakati definisi suatu kasus kejadian luar biasa (wabah). Ini mungkin lebih khusus dari suatu definisi kasus yang digunakan untuk pengawasan. Ketika penyelidikan laboratorium telah memastikan suatu kejadian luar biasa (wabah) dari sejumlah sumber-sumber, ikuti definisi kasus kejadian luar biasa (wabah), mungkin tidak perlu dilanjutkan pengumpulan contoh-contoh.

Komunikasikan dan mutakhirkan temuan-temuan segera dan teratur. Laksanakan upaya pengendalian penduduk sesegera mungkin.

Semua kegiatan-kegiatan ini dapat terjadi pada waktu bersamaan, khususnya selama suatu kejadian luar biasa berlangsung. ⊕ Lihat Layanan Kesehatan Dasar - Standar 2.1.4 Penyakit-penyakit menular: Kesiapsiagaan dan Respons Kejadian Luar Biasa.

Standar 2.1.3 Penyakit-penyakit Menular: Diagnosis dan Manajemen Kasus

Warga mempunyai akses terhadap diagnosis dan penatalaksanaan tepat guna untuk penyakit-penyakit infeksi yang sangat menentukan kesakitan dan kematian.

Tindakan-tindakan kunci

- 1 Mengembangkan pesan-pesan jelas yang mendorong orang mencari layanan kesehatan bila mengalami gejala-gejala seperti demam, batuk dan diare.
 - Mengembangkan bahan tertulis, siaran radio atau pesan telepon genggam menggunakan format dan bahasa yang dapat diakses.
- 2 Gunakan protokol manajemen kasus standar yang disetujui untuk memberikan layanan kesehatan.
 - Mempertimbangkan pelaksanaan manajemen kasus berbasis komunitas untuk malaria, diare dan pneumonia.
 - Merujuk kasus berat ke tingkat layanan kesehatan lebih tinggi atau isolasi.
- 3 Memberikan laboratorium dan kapasitas diagnostik yang memadai, pasokan dan jaminan mutu.
 - Menentukan penggunaan uji diagnostik cepat atau uji laboratorium untuk patogen, dan tingkat layanan kesehatan yang harus diberikan (misalnya, uji diagnostik cepat di tingkat komunitas).
- 4 Memastikan penatalaksanaan tidak terputus untuk warga yang menerima layanan jangka panjang untuk penyakit-penyakit menular seperti tuberkulosis dan HIV.
 - Mengenalkan program pengendalian tuberkulosis hanya setelah mengenali kriteria terpenuhi.
 - Berkoordinasi dengan program HIV untuk memastikan pemberian layanan kesehatan untuk warga dengan infeksi ganda HIV+TB..

Indikator Kunci

Persentase pusat kesehatan yang mendukung suatu penduduk terdampak krisis menggunakan protokol penatalaksanaan standar untuk suatu penyakit khusus.

- Gunakan tinjauan dokumentasi bulanan untuk memantau kecenderungan.

Persentase dugaan kasus yang dipastikan melalui suatu metoda diagnostik yang ditentukan sesuai protokol yang disepakati.



Catatan Panduan

Protokol penatalaksanaan: Protokol harus memasukkan suatu paket diagnosis, penatalaksanaan dan rujukan. Saat tidak tersedianya paket dalam sebuah krisis, pertimbangkan panduan internasional. Pahami pola kekebalan obat setempat (ketika pertimbangkan perpindahan penduduk), khususnya untuk malaria, tuberkulosis dan tipus. Pertimbangkan kelompok-kelompok yang berisiko tinggi secara klinik, seperti anak-anak di bawah usia dua tahun, perempuan hamil, usia lanjut, warga dengan HIV dan anak-anak kurang gizi akut, yang lebih tinggi risikonya terhadap penyakit-penyakit menular.

Infeksi-infeksi saluran napas atas: Dalam krisis-krisis, kerentanan meningkat karena kerumunan, asap di ruangan dan ventilasi yang buruk, kurang gizi dan atau kekurangan vitamin A. Kurangi tingkat fatalitas kasus melalui identifikasi tepat waktu, antibiotik oral dan rujuk kasus-kasus berat.

Diare dan diare darah: Kendalikan tingkat kematian melalui peningkatan akses dan penggunaan terapi rehidrasi oral dan penambahan mineral seng (zinc) di tingkat rumah tangga, komunitas dan layanan kesehatan dasar. Penatalaksanaan dapat dilakukan pos rehidrasi oral komunitas.

Manajemen kasus komunitas: Pasien-pasien malaria, pneumonia atau diare dapat ditangani oleh pekerja kesehatan komunitas terlatih. Pastikan semua program tertaut dan dipantau dari fasilitas layanan kesehatan terdekat. Pastikan akses setara dan imparial untuk semua.

Pengujian laboratorium: Buat suatu jejaring rujukan fasilitas laboratorium nasional, regional dan internasional untuk menguji contoh. Pastikan pengujian diagnostik cepat untuk malaria, kolera dan demam dengue, dilengkapi pengujian tingkat hemoglobin darah. Berikan media pengiriman tepat untuk contoh-contoh untuk diuji untuk patogen-patogen lain (seperti medium Cary-Blair untuk kolera).

Latih pekerja layanan kesehatan mengenai metode diagnostik, jaminan mutu, pengumpulan contoh, pengiriman dan pencatatan. Kembangkan suatu protokol untuk pengujian definitif pada laboratorium rujukan nasional, regional atau internasional. Pengujian definitif meliputi spesimen, serologis dan pengujian antigen atau pengujian RNA untuk demam kuning, demam pendarahan akibat virus dan hepatitis E. Buat protokol-protokol untuk pengiriman yang aman, mekanisme untuk patogen, khususnya untuk demam pendarahan akibat virus, sampar atau sejenisnya. Pertimbangkan peraturan penerbangan untuk pengiriman contoh melalui udara.

Tuberkulosis (TB): Pengendalian tuberkulosis kompleks disebabkan oleh peningkatan kekebalan kuman terhadap obat-obatan. Buatlah program hanya kalau akses berkelanjutan terhadap penduduk dan layanan dijamin selama sekurang-kurangnya 12-15 bulan. Kekebalan kuman tuberkulosis terhadap beragam obat (MDR TB, kebal terhadap dua jenis obat inti melawan Tuberkulosis, isoniazid dan rifampisin) dan kekebalan kuman tuberkulosis terhadap obat yang lebih luas (IEDR TB, kebal terhadap empat obat anti tuberkulosis inti) telah teridentifikasi. Semua jenis ini memerlukan pengobatan yang lebih panjang, lebih mahal dan lebih kompleks. Dalam krisis, sering sulit mengakses pengujian diagnostik dan kepekaan terhadap obat yang diperlukan untuk memastikan pemilihan dan penggunaan obat-obatan tuberkulosis yang tepat.

Standar 2.1.4 Penyakit-penyakit Menular: Kesiapsiagaan dan Respons Kejadian Luar Biasa (Wabah)

Kejadian luar biasa (wabah) disiapkan-siagakan secara memadai dan dikendalikan dengan cara tepat waktu dan tepat guna.

Tindakan-tindakan kunci

- 1 Mengembangkan dan menyebarkan suatu rencana kesiapsiagaan dan respons terpadu kejadian luar biasa (wabah) dalam kemitraan dengan semua pemangku kepentingan dan sektor-sektor.
 - Memusatkan pelatihan pada staf kunci di wilayah-wilayah berisiko.
 - Menempatkan obat-obatan, alat-alat kesehatan, pengujian-pengujian cepat, alat pelindung diri dan kotak-kotak penting (seperti untuk kolera dan penyakit-penyakit diare) di wilayah-wilayah rawan wabah (epidemi) dan wilayah-wilayah yang sulit dijangkau.
- 2 Melaksanakan upaya pengendalian penyakit khusus ketika suatu kejadian luar biasa (wabah) ditemukan.
 - Menentukan perlunya suatu kampanye imunisasi tersasar.
 - Meluaskan ukuran pencegahan dan pengendalian infeksi, termasuk membuat wilayah isolasi untuk kolera, hepatitis E dan kejadian luar biasa (wabah) lain.
- 3 Menciptakan dan mengkoordinasi logistik dan kapasitas respons kejadian luar biasa khusus
 - Memastikan pengiriman dan kapasitas penyimpanan obat-obatan dan pasokan, termasuk rantai dingin untuk vaksin.
 - Menambah kapasitas fasilitas layanan kesehatan, misalnya tenda kolera dan meningitis (infeksi selaput otak).
 - Memastikan akses dan pengiriman ke laboratorium tingkat setempat, nasional dan internasional untuk menguji contoh-contoh.
- 4 Berkoordinasi dengan sektor-sektor lain sesuai kebutuhan, termasuk perlindungan anak.

Indikator Kunci

Persentase staf kesehatan di wilayah berisiko tinggi yang dilatih mengenai rencana dan protokol respons suatu kejadian luar biasa (wabah)

Tingkat fatalitas kasus berkurang sampai ke tingkat yang dapat diterima

- Kolera < 1%
- Meningitis < 15 %
- Hepatitis E < 4 % dalam penduduk umum, 10-50% pada perempuan hamil trimester ketiga
- Difteri (pernapasan) < 5-10%
- Pertusis (batuk rejan) <4% pada anak di bawah usia satu tahun, < 1% pada anak berusia di antara 1 - 4 tahun.
- Dengue < 1%



Catatan Panduan

Rencana Kesiapsiagaan dan Respons Kejadian Luar Biasa (wabah): Kembangkan ini dengan mitra kesehatan, Kementerian Kesehatan, anggota dan pemimpin komunitas. Mitra-mitra WASH, gizi, hunian dan pendidikan, pemerintah setempat, Lembaga Masyarakat dan militer (bila relevan) harus dapat terlibat. Pastikan layanan kesehatan kritis lain tidak dikompromikan ketika menanggapi suatu kejadian luar biasa (wabah).

Rencana harus menerjemahkan:

- mekanisme koordinasi respons kejadian luar biasa (wabah) di tingkat nasional, provinsi dan komunitas;
- mekanisme untuk mengerahkan komunitas dan komunikasi risiko;
- menguatkan peringatan dini, peringatan dan respons: pengawasan penyakit, penemuan kejadian luar biasa (wabah), penyelidikan (epidemiologik) kejadian luar biasa (wabah);
- manajemen kasus;
- upaya pengendalian khusus terhadap penyakit dan situasi;
- upaya-upaya lintas sektor;
- protokol mengenai pengiriman aman dan jalur-jalur rujukan contoh-contoh untuk penyelidikan laboratorium;
- rencana kontingensi untuk meningkatkan layanan di tingkat layanan yang berbeda, termasuk membuat wilayah-wilayah isolasi di pusat-pusat layanan kesehatan;
- kapasitas tim pengendalian kejadian luar biasa (wabah) dan persyaratan angkatan kerja layanan kesehatan cadangan;
- ketersediaan obat-obatan yang penting, vaksin, alat kesehatan, pasokan laboratorium dan alat pelindung diri untuk pekerja layanan kesehatan, termasuk penyediaan internasional (seperti cadangan global vaksin).

Pengendalian kejadian luar biasa (wabah): tergantung pada komunikasi risiko yang memadai dan tim pengendalian kejadian luar biasa (wabah) yang berdedikasi. Batasi kejadian luar biasa secara terpadu agar tidak menyebar ke wilayah baru dan mengurangi jumlah kasus baru bila suatu kejadian luar biasa (wabah) terjadi. Ini memerlukan penemuan kasus secara aktif dan diagnosis segera serta manajemen kasus. Siapkan wilayah isolasi bila diperlukan (sebagai contoh, untuk kolera atau hepatitis E). Tingkatkan pengendalian vektor untuk mengurangi paparan terhadap infeksi, gunakan kelambu berinsektisida dan perbaiki perilaku higiene.

Kampanye imunisasi

Meningitis: Serogroup A, C, W dan C dapat mengakibatkan kejadian luar biasa ketika krisis. Vaksin untuk serogroup A dan C tersedia untuk digunakan pada saat epidemik (wabah). Imunisasi rutin saat krisis tidak dianjurkan dan tidak mungkin untuk serogroup C dan W. Sasaran imunisasi pada kelompok umur khusus berdasarkan tingkat serangan yang sudah diketahui, atau mereka yang berusia 6 bulan - 30 tahun. Berdasarkan keperluan untuk tusukan lumbar untuk suatu diagnosis pasti, buat suatu definisi kasus yang jelas.

Demam pendarahan akibat virus: Manajemen dan diagnosis demam pendarahan akibat virus, seperti Ebola atau demam Lassa, berdasarkan suatu pedoman nasional dan internasional yang ketat. Ini termasuk protokol mengenai vaksin baru dan metoda penatalaksanaan inovatif. Keterlibatan komunitas yang tepat selama kejadian luar biasa (wabah) menentukan.

Demam kuning: imunisasi massal direkomendasikan ketika satu kasus tunggal dipas-tikan di hunian untuk pengungsi dan penduduk tuan rumah. Gabungkan ini dengan upaya pengendalian vektor *Aedes* dan isolasi kasus yang ketat.

Polio: Polio termasuk dalam cakupan Program WHO mengenai imunisasi lengkap, dan imunisasi harus dimulai sesuai tahap awal suatu kedaruratan. Awali imunisasi massal saat satu kasus kelumpuhan polio ditemukan.

Kolera: Protokol penatalaksanaan dan kejadian luar biasa (wabah) yang jelas harus ter-sedia dan terkoordinasi lintas sektor. Gunakan vaksin kolera sesuai kerangka kerja WHO dan melengkapi strategi yang ada untuk pengendalian kolera.

Hepatitis A dan E: Ini menggambarkan suatu risiko yang bermakna, khususnya di kamp pengungsian. Cegah dan kendalikan kejadian luar biasa menggunakan perbaikan sanitasi dan higiene dan akses terhadap air bersih.

Campak: ⊕ Lihat Standar 2.2.1 Layanan Kesehatan Dasar - Kesehatan Anak: Vaksin pen-yakit-penyakit Anak yang dapat dicegah.

Pertussis (batuk rejan) atau difteria: Kejadian luar biasa (wabah) pertussis umum terjadi ketika warga berpindah. Sesuai keprihatinan mengenai risiko-risiko pada penerima usia lebih tua vaksin sel difteri, pertussis dan tetanus (DPT) perlu hati-hati diberikan pada saat kampanye imunisasi pertussis terkait kejadian luar biasa (wabah). Gunakan suatu keja-dian luar biasa untuk mengisi kesenjangan imunisasi rutin. Manajemen kasus termasuk penatalaksanaan antibiotik pada kasus dan penatalaksanaan pencegahan dini terhadap kontak di rumah tangga ketika ada seorang bayi atau perempuan hamil. Kejadian luar biasa (wabah) difteri lebih jarang, namun tetap merupakan ancaman dalam situasi ke-rumunan dengan kekebalan rendah terhadap difteri. Dalam kamp, kampanye imunisasi massal difteri dengan tiga dosis terpisah vaksin tidak diketahui. Manajemen kasus ter-masuk pemberian antitoksin dan antibiotik.

Tingkat kefatalan kasus (CFR) : Tingkat kefatalan kasus yang dapat diterima untuk penyakit-penyakit khusus beragam tergantung situasi dan kekebalan tubuh penduduk yang ada. Tujuan mengurangi tingkat kefatalan kasus sebanyak mungkin. Tingkat kefa-talan kasus yang tinggi mungkin menandakan suatu ketiadaan akses terhadap layanan kesehatan yang tepat, kunjungan yang terlambat dan manajemen kasus, tingkat ke-sakitan penduduk, atau mutu buruk layanan kesehatan. Pantau tingkat kefatalan kasus sesering mungkin dan lakukan langkah perbaikan sesegera mungkin ketika tingkat ke-fatalan kasus melampaui harapan.

Layanan anak: Selama kejadian luar biasa (wabah), pertimbangkan anak menjadi kelompok khusus ketika merancang dan melaksanakan program. Koordinasi dan rujuk di antara sektor kesehatan dan perlindungan anak. Tangani risiko-risiko memisahkan anak dari orangtua mereka. Risiko-risiko ini mungkin disebabkan oleh kesakitan dan kematian orangtua atau rancangan program. Pusatkan perhatian pada pencegahan pe-misahan keluarga dan pastikan persetujuan orangtua atau anak untuk penatalaksanaan. Lakukan upaya-upaya untuk tetap membuka fasilitas pendidikan, sadari pentingnya upaya pengendalian kejadian luar biasa dan pendidikan kesehatan.

2.2 Kesehatan Anak

Selama krisis-krisis, anak-anak menjadi lebih rentan terhadap infeksi-infeksi, penya-kit-penyakit dan risiko-risiko lain terhadap kesehatan dan kehidupannya. Tidak hanya karena kondisi kehidupannya memburuk, namun program imunisasi juga terhenti. Risiko-risiko ini bahkan menjadi lebih tinggi untuk anak-anak yang tidak didampingi atau terpisah dari keluarga.



Suatu respons bersama berpusat pada anak diperlukan. Awalnya ini berpusat pada layanan penyelamatan jiwa, namun intervensi akhir harus menghilangkan penderitaan dan mempromosikan pertumbuhan dan perkembangan. Program harus menangani penyebab utama kesakitan dan kematian. Secara global risiko-risiko ini adalah infeksi-infeksi saluran pernapasan akut, diare, campak, malaria, kurang gizi dan bayi baru lahir menyebabkan kesakitan dan kematian.

Standar 2.2.1 Kesehatan Anak:

Vaksin penyakit-penyakit yang didapat dicegah pada anak

Anak-anak berusia 6 bulan sampai 15 tahun mempunyai kekebalan tubuh terhadap penyakit dan akses terhadap layanan program imunisasi lengkap krisis-krisis.

Tindakan-tindakan kunci

- 1) Menentukan apakah yang telah ada suatu kebutuhan untuk imunisasi, dan pendekatan yang tepat terhadap kedaruratan.
 - Mendasarkan ini pada suatu penilaian risiko (misalnya penduduk, musim), mungkin suatu kampanye (termasuk perlunya dosis ganda) dan situasi (misalnya keamanan, kebutuhan yang bersaing). Ini harus menjadi suatu proses berlangsung ketika krisis berkembang. ⊕ Lihat Standar 2.1.1 Layanan kesehatan dasar - Penyakit-penyakit menular: Pencegahan.
- 2) Lakukan suatu kampanye imunisasi massal campak untuk anak berusia 6 bulan sampai 15 tahun, tanpa memandang riwayat imunisasi campak, ketika diperkirakan cakupan imunisasi campak kurang dari 90% atau tidak diketahui.
 - Masukkan pemberian Vitamin A untuk anak berusia 6-59 bulan.
 - Pastikan agar semua bayi diimunisasi antara 6 dan 9 bulan menerima dosis lain vaksin campak pada usia 9 bulan.
- 3) Menetapkan ulang program imunisasi lengkap sesegera mungkin.
 - Tujukan untuk fasilitas layanan kesehatan dasar atau sistem tim keliling untuk menawarkan jadwal imunisasi nasional untuk vaksin penyakit-penyakit yang dapat dicegah sekurang-kurangnya 20 hari setiap bulan.
- 4) Saring anak-anak yang mengunjungi fasilitas layanan kesehatan atau klinik keliling terkait status imunisasi dan berikan vaksin yang diperlukan.

Indikator Kunci

Persentase anak berusia 6 bulan sampai 15 tahun yang menerima imunisasi campak, dan melengkapi suatu kampanye imunisasi campak.

- > 95%

Persentase anak berusia 6 sampai 59 bulan yang telah menerima dosis vitamin A yang tepat, dan melengkapi kampanye imunisasi campak.

- > 95 %

Persentase anak berusia 12 bulan yang telah mendapatkan tiga dosis DPT

- > 90%

Persentase fasilitas layanan Kesehatan dasar yang memberikan layanan program imunisasi lengkap dasar sekurang-kurangnya 20 hari/bulan

Catatan Panduan

Imunisasi: Vaksin penting untuk mencegah kematian berlebihan dalam suatu krisis akut. Pedoman nasional mungkin tidak mencakup kedaruratan atau warga yang lintas batas, sehingga kerjakan tanpa menunda untuk menentukan vaksin yang diperlukan dan buat suatu rencana pelaksanaan yang mencantumkan proses penyediaan. ⊕ Lihat Standar 2.1.1 Layanan Kesehatan Dasar - Penyakit-penyakit Menular sebagai pedoman mengenai penilaian risiko dan pengambilan keputusan imunisasi, dan Standar 1.3 Sistem Kesehatan: Obat-obatan dan alat Kesehatan Penting - untuk penyediaan dan penyimpanan vaksin.

Imunisasi campak: Imunisasi campak adalah suatu prioritas intervensi kesehatan dalam krisis.

- **Cakupan:** tinjau data cakupan untuk warga berpindah dan penduduk tuan rumah untuk menilai pencapaian cakupan imunisasi campak atau kampanye campak melampaui 90% selama tiga tahun sebelumnya. Lakukan suatu kampanye campak bila cakupan imunisasi kurang dari 90%, tidak diketahui atau diragukan. Berikan tambahan Vitamin A pada saat yang sama. Pastikan sekurang-kurangnya 95% pendatang baru pada suatu hunian yang berusia 6 bulan sampai 15 tahun telah diimunisasi.
- **Kisaran Usia:** Beberapa anak yang lebih tua mungkin tidak mendapatkan imunisasi rutin, kampanye campak dan penyakit campak itu sendiri. Anak-anak ini tetap berisiko terhadap infeksi campak dan dapat menginfeksi bayi-bayi dan anak-anak yang lebih kecil, yang lebih berisiko tinggi meninggal karena campak. Oleh karena itu imunisasi dilakukan sampai anak berusia 15 tahun. Ketika hal ini tidak memungkinkan, prioritaskan imunisasi terhadap anak berusia 6-59 bulan.
- **Imunisasi ulangan:** Semua anak berusia 9 bulan sampai 15 tahun harus menerima dua dosis vaksin campak sebagai bagian dari standar program imunisasi nasional. Anak-anak berusia 6 dan 9 bulan yang telah menerima vaksin campak (misalnya, dalam suatu kampanye kedaruratan) harus menerima lebih lanjut dua dosis sesuai usia yang dianjurkan, sesuai dengan jadwal nasional (biasanya 9 bulan dan 15 bulan di wilayah berisiko tinggi).

Polio: Pertimbangkan kampanye polio bila kejadian luar biasa atau ancaman polio untuk program pemberantasan polio ada, seperti ditentukan dalam "Imunisasi dalam Krisis Kemanusiaan Akut: Suatu Kerangka Kerja untuk Pengambilan Keputusan." ⊕ Lihat Standar 2.1.1 Layanan Kesehatan Dasar - Penyakit-penyakit menular: Pencegahan.

Program Imunisasi Lengkap Nasional: Mulai lagi program imunisasi lengkap segera untuk melindungi anak-anak terhadap campak, difteri dan pertusis dan mengurangi risiko infeksi-infeksi saluran pernapasan. Program imunisasi lengkap nasional mungkin perlu vaksin-vaksin tambahan. ⊕ Lihat Standar 2.1.4 Layanan Kesehatan Dasar - Penyakit-penyakit Menular: Kesiapsiagaan dan Respons Kejadian Luar Biasa (Wabah).

Keamanan Vaksin: Pastikan keamanan vaksin setiap saat. Ikuti petunjuk pabrik untuk penyimpanan dan pendinginan. ⊕ Lihat Standar 1.3 Sistem Kesehatan: Obat-obatan dan Alat Kesehatan Penting.

Persetujuan Medik: Dapatkan persetujuan medik dari orangtua atau wali untuk pemberian vaksin. Ini meliputi suatu pemahaman risiko-risiko dan efek samping yang mungkin terjadi..



Standar 2.2.2 Kesehatan Anak:**Manajemen Bayi Baru Lahir dan Penyakit Anak**

Anak-anak mempunyai akses terhadap layanan kesehatan prioritas yang menangani penyebab utama kesakitan dan kematian bayi baru lahir dan anak-anak

Tindakan-tindakan kunci

- 1 Berikan layanan kesehatan yang tepat pada setiap tingkatan (fasilitas, klinik keliling atau program komunitas).
 - Gunakan pedoman “Kesehatan Bayi Baru Lahir dalam Situasi Kemanusiaan” untuk layanan dasar bayi baru lahir. ⊕ Lihat Rujukan
 - Pertimbangkan manajemen kasus komunitas terpadu dan manajemen terpadu penyakit anak.
- 2 Bentuk suatu sistem penilaian terstandar dan pemilahan kasus (triase) pada semua fasilitas yang memberikan layanan untuk bayi baru lahir atau anak yang sakit.
 - Pastikan anak dengan tanda berbahaya (tidak dapat minum atau ASI, memuntahkan apa pun, kejang, dan atau lesu atau tidak sadar) mendapatkan penatalaksanaan segera.
 - Masukkan penilaian trauma dan keracunan bahan kimia dalam situasi adanya peningkatan risiko.
- 3 Sediakan obat-obatan dasar dalam dosis tepat dan rumusan untuk menatalaksanakan penyakit-penyakit umum anak-anak pada semua tingkatan layanan.
- 4 Saring anak-anak sesuai status pertumbuhan dan gizinya.
 - Rujuk semua anak kurang gizi ke layanan gizi.
 - Berikan penatalaksanaan berbasis fasilitas untuk anak yang menderita kurang gizi akut dengan komplikasi.
- 5 Buat suatu protokol manajemen kasus yang tepat untuk menatalaksanakan anak-anak dan vaksin penyakit yang dapat dicegah, seperti difteri dan pertussis (batuk rejan), dalam situasi risiko tinggi munculnya kejadian luar biasa.
 - Gunakan prokol-protokol yang ada bila memungkinkan.
- 6 Rancang pesan-pesan pendidikan kesehatan yang mendorong keluarga-keluarga berperilaku sehat dan melakukan praktik pencegahan penyakit.
 - Promosikan tindakan-tindakan seperti pemberian ASI eksklusif, pemberian makanan pada bayi, cuci tangan, menghargatkan bayi dan mendorong pertumbuhan anak usia dini.
- 7 Rancang pesan-pesan kesehatan untuk mendorong warga mencari layanan dini untuk setiap kesakitan misalnya demam, batuk atau diare pada anak-anak dan bayi.
 - Lakukan langkah untuk menjangkau anak yang tidak mempunyai seorang dewasa atau orang tua yang mengasuh mereka.
- 8 Identifikasi anak-anak dengan suatu disabilitas atau perkembangan terlambat.
 - Berikan saran dan rujukan untuk layanan atau jasa rehabilitasi.

Indikator Kunci

Tingkat kematian kasar anak-anak di bawah usia 5 tahun

- kurang dari 2 kematian per 10.000 per hari. ⊕ Lihat Lampiran 3 untuk perhitungan Penatalaksanaan anti-malaria yang tepat diberikan tepat waktu untuk semua anak berusia di bawah lima tahun yang kena malaria.
- Dalam 24 jam setelah kemunculan gejala-gejala.
- Pengecualian untuk anak-anak berusia di bawah lima tahun yang mengalami kurang gizi akut berat.
Garam rehidrasi oral (ORS) dan penambahan mineral seng diberikan pada waktu yang tepat kepada semua anak berusia di bawah lima tahun yang mengalami diare
- Dalam jangka 24 jam setelah kemunculan gejala.
Layanan tepat diberikan pada waktu yang tepat kepada semua anak-anak berusia di bawah lima tahun yang mengalami pneumonia
- Dalam jangka 24 jam setelah kemunculan gejala

Catatan Panduan

Layanan dasar bayi baru lahir: Melayani semua anak bayi baru lahir dengan layanan terampil pada saat kelahiran, lebih baik di suatu fasilitas layanan Kesehatan dan sesuai “Manajemen Terpadu Kehamilan dan Persalinan”, dan “Pedoman Kesehatan Bayi Baru Lahir di Situasi Kemanusiaan.” Entah kelahiran terjadi di layanan terampil atau tidak, layanan bayi baru lahir dasar terdiri dari:

- rawatan hangat (perlambat mandi, dan pertahankan bayi dalam keadaan kering dan hangat dengan kontak kulit-ke kulit);
- pencegahan infeksi (promosikan praktik persalinan bersih, cuci tangan, bersihkan tali pusar dan layanan kulit dan mata);
- dukungan makanan (segera dan pemberian ASI eksklusif, tidak membuang kolostrom);
- pemantauan (nilai tanda-tanda berbahaya infeksi atau kondisi yang mungkin memerlukan rujukan); dan
- layanan pasca persalinan (berikan di atau dekat rumah pada minggu pertama kehidupan, dengan suatu kunjungan layanan pasca persalinan 24 jam pertama paling kritis setelah kelahiran; sasarkan tiga kunjungan rumah pada minggu pertama kelahiran).

Manajemen terpadu sakit anak: berpusat pada layanan terhadap anak di bawah lima tahun pada tingkat layanan kesehatan dasar. Setelah membentuk manajemen terpadu sakit anak, padukan pedoman klinik ke dalam protokol standar dan latih tenaga kesehatan secara benar.

Manajemen kasus komunitas terpadu: sebuah pendekatan untuk memberikan penatalaksanaan tepat waktu dan tepat guna kasus malaria, pneumonia dan diare pada warga dengan akses terbatas ke fasilitas layanan kesehatan, khususnya terhadap anak-anak di bawah usia lima tahun.

Manajemen diare: beri anak-anak yang sakit diare dengan garam rehidrasi oral yang rendah osmolaritasnya dan tambahan mineral seng. Mineral seng memperpendek lamanya diare. Dorong pengasuh untuk melanjutkan atau meningkatkan pemberian ASI selama episode diare, dan untuk meningkatkan pemberian makan setelah itu.



Manajemen pneumonia: Ketika anak-anak menderita batuk, nilai kecepatan dan kesulitan bernapas dan gambaran dada. Kalau ada, berikan antibiotik oral yang tepat. Rujuk anak-anak dengan tanda-tanda bahaya atau pneumonia berat untuk layanan rujukan.

Tingkat napas cepat sesuai usia:

Lahir - 2 bulan: >60/menit
12 bulan: >50/menit
1-5 tahun: >40/menit
5 tahun: >20/menit

HIV: Bila prevalensi HIV lebih dari 1%, uji semua anak yang kurang gizi akut. Ibu-ibu dan pengasuh bayi-bayi yang terpapar HIV memerlukan dukungan dan saran. ⊕ Lihat Standar Ketahanan Pangan dan Gizi

Pemberian makanan pada anak yang terpisah dari keluarga: Atur pemberian makanan yang disupervisi untuk anak-anak yang terpisah atau tidak didampingi keluarga.

Keprihatinan perlindungan anak: Gunakan layanan kesehatan rutin untuk mengidentifikasi pengabaian anak, penyalahgunaan dan eksploitasi. Rujuk kasus-kasus ke layanan perlindungan anak. Padukan pengidentifikasian dan manajemen kasus peka gender ke dalam layanan kesehatan rutin untuk ibu-ibu dan bayi-bayi, anak-anak dan remaja.

Rujukan Gizi: ⊕ Lihat Standar 3 Ketahanan Pangan dan Gizi: Kekurangan Gizi Mikro, dan Standar 2.2 Manajemen Kurang Gizi: Kurang gizi akut berat.

Polusi udara rumah tangga: Pertimbangkan pemberian peralatan masak alternatif untuk mengurangi asap dan penyakit pernapasan yang disebabkan asap. ⊕ Lihat Standar 3 Hunian dan Permukiman: Ruang Keluarga, dan Standar 4: Perlengkapan Rumah Tangga.

Keracunan: ⊕ Lihat Lampiran 4.

2.3 Kesehatan Seksual dan Reproduksi

Dari sejak mulai suatu krisis, layanan kesehatan seks dan reproduktif untuk penyelamatan hidup harus sudah tersedia. Bentuk layanan terpadu sesegera mungkin.

Layanan-layanan kritis ini adalah bagian terpadu respons Kesehatan dan dibantu dengan penggunaan kotak kesehatan reproduktif. ⊕ Lihat Standar 1.3 Sistem Kesehatan: Obat-obatan dan alat kesehatan penting.

Layanan lengkap kesehatan seksual dan reproduktif meliputi peningkatan layanan kesehatan yang sudah ada, menambah layanan yang tidak ada dan meningkatkan mutu. Pemahaman bangunan sistem kesehatan akan membantu menentukan bagaimana mendukung hal ini. ⊕ Lihat Standar 1.1 sampai 1.5 Sistem Kesehatan.

Semua warga, termasuk mereka yang ada dalam situasi kemanusiaan, mempunyai hak atas kesehatan seksual dan reproduktif. Layanan kesehatan seksual dan reproduktif harus menghargai latarbelakang budaya dan keyakinan iman komunitas sambil memenuhi standar hak-hak asasi internasional yang diakui. Pekalah terhadap kebutuhan remaja, usia lanjut dan penyandang disabilitas serta penduduk yang berisiko, terlepas dari orientasi seksual atau identitas gender.

Kedaruratan meningkatkan risiko-risiko kekerasan seksual, termasuk eksploitasi dan penyalahgunaan. Semua pelaku harus bekerjasama untuk mencegah dan merespons, dengan koordinasi erat dengan sektor perlindungan. Kumpulkan informasi secara aman dan etis. Bagikan data hanya sesuai protokol yang disepakati. ⊕ Lihat Prinsip-prinsip Perlindungan dan Standar 1.5 Sistem Kesehatan: Informasi Kesehatan.

Standar 2.3.1 Kesehatan Seksual dan Reproduksi: Layanan Kesehatan Reproduksi, Ibu dan Bayi Baru Lahir

Warga mempunyai akses terhadap layanan Kesehatan dan perencanaan keluarga yang mencegah kesakitan dan kematian ibu dan bayi baru lahir berlebihan.

Tindakan-tindakan kunci

- 1 ▷ Pastikan persalinan bersih dan aman, layanan dasar bayi baru lahir, dan layanan obstetrik darurat dan bayi baru lahir tersedia setiap waktu.
 - Bentuk suatu sistem rujukan dengan komunikasi dan pengiriman dari komunitas ke fasilitas layanan kesehatan atau rumah sakit yang berfungsi setiap waktu.
- 2 ▷ Berikan semua perempuan yang tampak hamil paket persalinan bersih ketika akses ke pelayan kesehatan terlatih dan fasilitas layanan kesehatan tidak dapat dijamin.
- 3 ▷ Konsultasi komunitas untuk memahami pilihan, praktik-praktik dan sikap-sikap setempat terhadap pembatasan kelahiran (kontrasepsi).
 - Libatkan laki-laki dan perempuan, remaja laki-laki dan remaja perempuan secara terpisah dan pribadi dalam diskusi-diskusi.
- 4 ▷ Buatlah suatu gambaran rangkaian metoda pembatasan kelahiran jangka panjang yang dapat dipulihkan dan jangka pendek tersedia di fasilitas layanan kesehatan berdasarkan kebutuhan, dalam situasi yang pribadi dan menjaga kerahasiaan.
 - Berikan konseling yang mementingkan pilihan yang disetujui dan ketepatangunaan.

Indikator Kunci

Layanan trampil tersedia untuk layanan obstetrik dan bayi baru lahir setiap waktu

- Layanan kedaruratan obstetrik dan bayi baru lahir: minimum lima fasilitas per 500.000 orang.
- Layanan lengkap obstetrik dan bayi baru lahir: minimum satu fasilitas per 500.000 orang

Persentase kelahiran yang didampingi petugas terlatih

- Sasaran minimum 80%

Sistem rujukan untuk kedaruratan obstetrik dan bayi baru lahir tersedia

- Tersedia 24 jam/hari dan 7 hari/minggu

Persentase persalinan di fasilitas kesehatan dengan operasi Caesar

- Sasaran: 5-15%

Semua pusat kesehatan dasar melaporkan ketersediaan sekurang-kurangnya empat metoda pembatasan kelahiran antara tiga dan enam bulan setelah kejadian krisis.



Catatan Panduan

Layanan kedaruratan obstetrik dan bayi baru lahir: Sekitar 4% setiap penduduk akan ada perempuan hamil, dan sekitar 15% dari mereka akan mengalami suatu kedaruratan obstetrik yang tidak dapat diperkirakan sebelumnya selama kehamilan atau pada saat persalinan yang memerlukan layanan kedaruratan obstetrik. Sekitar 5-15% persalinan akan memerlukan pembedahan seperti operasi Caesar. Secara global 9-15% bayi baru lahir tidak bernapas spontan setelah kelahiran dan memerlukan rangsangan, dan setengah dari itu memerlukan resusitasi. Alasan utama kegagalan bernapas termasuk persalinan sebelum waktunya dan kejadian di dalam persalinan akut menghasilkan asfiksia berat. ⊕ Lihat Standar 2.2.2 Layanan Kesehatan Dasar - Kesehatan Anak: Manajemen Bayi Baru Lahir dan Sakit Anak-anak.

Layanan kedaruratan obstetrik dan bayi baru lahir dasar meliputi antibiotik parenteral, obat-obatan uterotonik/penguat rahim (oxytocin, misoprostol parenteral), obat-obatan anti kejang (magnesium sulfat), pengeluaran sisa-sisa konsepsi menggunakan alat-alat yang tepat, pengeluaran manual ari-ari, bantuan persalinan melalui vagina (ekstraksi vakum), dan resusitasi ibu dan bayi baru lahir.

Layanan lengkap kedaruratan obstetrik dan bayi baru lahir meliputi semua di atas juga pembedahan dengan anestesi umum (operasi Caesar, laparotomi), dan transfusi darah rasional dan aman dengan upaya pencegahan standar. Layanan pasca aborsi adalah suatu intervensi penyelamatan jiwa sebagai bagian layanan kedaruratan obstetrik dan bayi baru lahir dan bertujuan mengurangi kematian dan penderitaan dari komplikasi keguguran (abortus spontan) dan aborsi yang tidak aman. Penatalaksanaan termasuk mengelola pendarahan (mungkin melalui intervensi bedah) dan sepsis, dan memberikan pencegahan tetanus.

Penting tersedia setiap waktu layanan dasar dan lengkap kedaruratan obstetrik dan bayi baru lahir.

Sistem rujukan harus memastikan agar perempuan dan bayi baru lahir mempunyai sarana untuk bepergian ke dan dari suatu fasilitas layanan kesehatan dasar dengan layanan kedaruratan obstetrik dan bayi baru lahir dan ke suatu rumah sakit dengan layanan lengkap kedaruratan obstetrik dan bayi baru lahir.

Keluarga berencana: Terlibat dengan beragam kelompok dalam komunitas untuk memahami pilihan dan sikap-sikap budaya. Pastikan komunitas sadar di mana dan bagaimana mengakses kontrasepsi. Bagikan informasi dalam beragam bentuk dan bahasa untuk menjamin akses. Libatkan pemimpin komunitas untuk menyebarkan informasi.

Petugas terlatih yang memahami pilihan-pilihan klien, budaya dan situasi harus memberikan konseling kontrasepsi/pembatasan kelahiran. Konseling harus menggaris bawahi kerahasiaan dan privasi, kerelaan dan persetujuan pilihan dan medik, ketepatangunaan metoda untuk metoda medik dan non-medik, kemungkinan efek samping, manajemen dan tindak lanjut, serta bimbingan untuk mengeluarkan alat kontrasepsi bila diperlukan.

Suatu pilihan-pilihan jenis kontrasepsi harus tersedia segera untuk memenuhi kebutuhan yang terantisipasi. Petugas harus terlatih untuk mengeluarkan alat kontrasepsi jangka panjang yang dapat dibalikkan.

Layanan-layanan lain: Mulailah layanan ibu dan bayi baru lahir lainnya sesegera mungkin, termasuk layanan sebelum dan sesudah persalinan.

Koordinasi dengan sektor-sektor lain: Koordinasi dengan sektor gizi untuk memastikan perempuan hamil dan menyusui dirujuk ke layanan gizi secara tepat, misalnya untuk pemberian makanan yang disasar. ⊕ Lihat Standar 2.1 dan 2.2 Ketahanan Pangan dan Gizi.

Standar 2.3.2 Kesehatan Seksual dan Reproduksi: Kekerasan Seksual dan Manajemen Klinik Perkosaan

Warga mempunyai akses ke layanan kesehatan yang aman dan menanggapi kebutuhan penyintas kekerasan seksual.

Tindakan-tindakan kunci

- 1 Identifikasi suatu organisasi yang memimpin untuk mengkoordinasi suatu pendekatan multi-sektor untuk mengurangi risiko kekerasan seksual, memastikan rujukan dan memberikan dukungan holistik kepada penyintas.
 - Koordinasi dengan sektor lain untuk menguatkan pencegahan dan respons.
- 2 Menginformasikan ke komunitas ketersediaan layanan dan pentingnya untuk mencari layanan medik segera setelah kekerasan seksual.
 - Memberikan obat-obat pencegahan HIV setelah perkosaan sesegera mungkin (dalam jangka 72 jam setelah perkosaan).
 - Memberikan kontrasepsi darurat dalam jangka 120 jam.
- 3 Membuat ruang aman dalam fasilitas layanan kesehatan untuk menerima penyintas kekerasan seksual dan berikan layanan klinik dan rujukan.
 - Memajang dan menggunakan protokol yang jelas dan suatu daftar hak-hak pasien.
 - Melatih pekerja layanan kesehatan mengenai komunikasi suportif, jaga kerahasiaan dan lindungi informasi dan data penyintas.
- 4 Menyediakan layanan klinik dan rujukan ke layanan pendukung lainnya untuk penyintas kekerasan seksual.
 - Memastikan mekanisme rujukan untuk kondisi mengancam jiwa yang rumit atau berat.
 - Membentuk mekanisme rujukan antara kesehatan, hukum, perlindungan, keamanan, psikososial dan layanan komunitas.

Indikator Kunci

Semua fasilitas kesehatan memiliki staf terlatih, pasokan dan peralatan memadai untuk manajemen klinik penyintas perkosaan berdasarkan protokol nasional atau internasional.

Semua penyintas kekerasan seksual menyatakan menerima layanan kesehatan dengan cara aman dan kerahasiaan terjaga.

Semua penyintas kekerasan seksual pantas menerima:

- Obat profilaksis setelah perkosaan dalam jangka 72 jam setelah suatu kejadian atau paparan perkosaan.
- Kontrasepsi darurat dalam jangka 120 jam suatu kejadian atau dari paparan.



Catatan Panduan

Pencegahan kekerasan seksual dan perkosaan memerlukan tindakan semua sektor. ⊕ Lihat Standar 2.1 WASH Pasokan Air, ⊕ Lihat Standar 3.2 WASH Manajemen Tinja, ⊕ lihat Standar 6.3 Ketahanan Pangan dan Gizi: Bantuan Pangan, dan Standar 7.2 Mata Pencarian; Standar 2 dan 3 Hunian dan Permukiman. ⊕ Lihat Prinsip Perlindungan 1 dan Komitmen 4 dan 8 Standar Kemanusiaan Inti. ⊕ Lihat Standar 1.1 dan 1.3 Sistem Kesehatan untuk informasi lanjut mengenai mengamankan fasilitas layanan kesehatan dan memberikan layanan aman.

Layanan klinik, termasuk layanan kesehatan jiwa dan rujukan untuk penyintas, harus ada di semua fasilitas layanan kesehatan dasar dan tim keliling. ⊕ Lihat Standar 1.2 Sistem Kesehatan dan Standar 2.5 Layanan Kesehatan Dasar. Layanan ini meliputi staf yang terampil memberikan penatalaksanaan yang berbelas kasih, tepat waktu dan penuh kerahasiaan dan konseling ke semua anak, orang dewasa dan lanjut usia mengenai:

- kontrasepsi darurat;
- uji kehamilan, informasi tentang pilihan-pilihan kehamilan dan rujukan aborsi yang aman sesuai dengan hukum;
- penatalaksanaan dugaan infeksi menular seksual;
- obat-obatan pencegahan untuk mencegah penularan HIV. ⊕ Lihat Standar 2.3.3 Kesehatan Seksual dan Reproduksi: HIV
- pencegahan hepatitis B;
- perawatan luka dan pencegahan tetanus; dan
- rujukan ke layanan lanjut, seperti kesehatan, psikologis, hukum dan layanan sosial.

Pastikan penyebaran setara gender pekerja layanan kesehatan yang lancar berbahasa setempat dan pasien, dan melatih pendamping perempuan dan laki-laki dan penerjemah untuk memberikan layanan tanpa diskriminasi dan tidak bias. Latih pekerja layanan kesehatan mengenai rawatan klinik untuk penyintas kekerasan seksual, berpusat pada komunikasi suportif, sejarah dan pemeriksaan, perawatan dan konseling. Bila memungkinkan dan diperlukan, berikan pelatihan mengenai sistem medikolegal (hukum kesehatan) dan pengumpulan bukti forensik.

Anak Penyintas Kekerasan Seksual: Anak-anak harus dirawat oleh pekerja layanan kesehatan terlatih dalam manajemen anak setelah perkosaan. Biarkan anak memilih jenis kelamin pekerja layanan kesehatan. Libatkan pelaku perlindungan khusus sesegera mungkin dalam setiap kasus.

Keterlibatan komunitas: Bekerja dengan pasien dan komunitas untuk meningkatkan akses dan penerimaan layanan dan melaksanakan program pencegahan selama suatu krisis. Pastikan mekanisme umpan balik dan respons segera yang menjamin kerahasiaan. Libatkan perempuan, laki-laki, remaja perempuan, dan remaja laki-laki, serta penduduk yang berisiko misalnya penyandang disabilitas dan kelompok LGBTQI.

Kerangka kerja hukum: Sadari sistem medikolegal (hukum kesehatan) nasional dan hukum-hukum tentang kekerasan seksual yang relevan. Informasikan penyintas mengenai hukum yang mewajibkan pelaporan yang membatasi kerahasiaan informasi pasien dibuka ke pemberi layanan kesehatan. Ini mungkin memengaruhi keputusan mereka untuk mencari rawatan, namun harus dihormati.

Di banyak negara, induksi aborsi bersifat legal dalam situasi seperti perkosaan. Bila ini kasusnya, akses atau rujukan harus diberikan tanpa diskriminasi.

Sementara menangani kekerasan seksual adalah kritis, bentuk-bentuk kekerasan berbasis gender (GBV, gender-based violence) seperti kekerasan pasangan intim, perkawinan anak dan dipaksa serta mutilasi bagian alat kelamin perempuan juga terjadi dalam krisis kemanusiaan, namun dalam beberapa skenario, mungkin meningkat selama suatu krisis dan memberikan dampak kesehatan yang unik (fisik, seksual, mental) pada perorangan yang memerlukan respons khusus. Pedoman internasional lain semakin meningkat pengakuan bukan hanya kekerasan seksual, namun juga bentuk lain kekerasan berbasis gender dan dampak-dampaknya terhadap kesehatan. ⊕ Lihat "IASC Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action."

Standar 2.3.3 Kesehatan Seksual dan Reproduksi:

HIV

Warga memiliki akses ke layanan kesehatan yang mencegah penularan dan mencegah kesakitan dan kematian terkait HIV.

Tindakan-tindakan kunci

- 1) Membentuk dan melaksanakan standar pencegahan dan penatalaksanaan penggunaan transfusi darah yang aman dan rasional.
- 2) Memberikan terapi anti-retroviral (ART) yang sudah mendapatkan terapi itu, termasuk perempuan untuk mencegah penularan dari ibu-ke anak.
 - Secara aktif mencari warga dengan HIV untuk melanjutkan rawatan.
- 3) Memberikan kondom laki-laki dengan pelumas dan bila sudah siap digunakan di kalangan penduduk, kondom perempuan.
 - Bekerja dan pemimpin dan penduduk terdampak untuk memahami penggunaan setempat, tingkatkan penerimaan dan pastikan penyebaran kondom tepat secara budaya.
- 4) Tawarkan pengujian kepada semua perempuan hamil bila prevalensi HIV lebih besar dari 1%.
- 5) Mulai pengobatan pencegahan setelah paparan sesegera mungkin, namun dalam jangka 72 jam paparan bagi penyintas kekerasan seksual dan paparan pekerjaan.
- 6) Berikan pencegahan ko-trimoxazol untuk infeksi oportunistik kepada:
 - a. pasien dengan HIV; dan
 - b. Anak lahir dari ibu dengan HIV, pada usia 4-6 minggu; diteruskan sampai infeksi HIV tidak ada.
- 7) Pastikan fasilitas layanan kesehatan mempunyai anti mikroba dan berikan manajemen sindromik pada pasien dengan gejala-gejala suatu infeksi menular seksual.

Indikator Kunci

Semua darah yang ditransfusi sudah diperiksa dan bebas infeksi-infeksi yang ditularkan melalui transfusi, termasuk HIV.

Persentase warga yang sebelumnya dalam pengobatan Anti Retroviral yang terus mendapatkan obat-obatan Anti Retroviral



- 90%

Persentase perempuan mengakses layanan kesehatan yang diuji untuk HIV, bila prevalensi lebih besar dari 1%

- 90%

Persentase warga yang potensial terpapar laporan HIV mengunjungi fasilitas kesehatan untuk menerima PEP dalam jangka 72 jam setelah paparan

- 100%

Persentase bayi terpapar HIV menerima ko-trimoxazol dalam usia 4 - 6 minggu

- 95%

Catatan Panduan

Tindakan-tindakan kunci di atas harus diterapkan pada semua krisis kemanusiaan, terlepas kondisi epidemiologi HIV setempat.

Libatkan komunitas terdampak dan wakil utama penduduk (pekerja layanan kesehatan, pemimpin, perempuan, warga LGBTQI, penyandang disabilitas) dalam layanan HIV, dan pastikan mereka tahu di mana mengakses obat-obatan anti retroviral. Ketika sudah ada perkumpulan warga dengan HIV, konsultasi dan libatkan mereka perancangan dan penyampaian program. Penyebaran kondom berbasis kelompok sebaya berguna. Wakil utama penduduk dan remaja sering tahu di mana sebaya mereka berkumpul, dan relawan dapat menyebarkannya ke sebaya. Didiklah wakil utama penduduk dengan pesan-pesan tepat budaya mengenai penggunaan dan pembuangan kondom yang sudah dipakai dengan benar. Sediakan kondom di komunitas, petugas lembaga bantuan, staf berseragam, supir truk bantuan dan lainnya.

Transfusi darah: ⊕ lihat Standar 1.1 dan 1.3 Sistem Kesehatan.

Layanan dan rawatan setelah paparan harus melibatkan konseling, penilaian risiko paparan HIV, persetujuan medik, penilaian sumber, dan pemberian obat-obatan anti retroviral. Jangan berikan obat-obatan pencegahan setelah paparan ke pada seseorang yang diketahui hidup dengan HIV. Meskipun konseling dan pengujian dianjurkan sebelum memulai pemberian obat-obatan pencegahan setelah paparan, ketika tidak memungkinkan, jangan tunda memulai pembelian obat-obatan pencegahan setelah paparan. ⊕ Lihat Standar 2.3.2 Layanan Kesehatan dasar - Kesehatan Seksual dan Reproduksi: Kekerasan Seksual dan Manajemen Klinik Perkosaan.

Kegiatan lengkap terkait HIV dalam krisis: lakukan kegiatan-kegiatan ini sesegera mungkin:

Penyadaran HIV: berikan informasi yang dapat diakses masyarakat, khususnya penduduk yang berisiko lebih tinggi, tentang pencegahan HIV dan infeksi menular seksual lainnya.

Pencegahan HIV: Berikan layanan pengurangan bahaya kepada penduduk berisiko tinggi, misalnya alat suntik steril dan terapi pengganti opioid untuk warga yang menyuntik obat-obatan narkotik, bila layanan-layanan ini sudah ada. ⊕ Lihat Standar 2.5 Layanan Kesehatan Dasar: Layanan Kesehatan Jiwa.

Konseling dan Pengujian HIV: Berikan (atau ulangi) konseling dan layanan pengujian terkait pemberian anti retroviral. Kelompok-kelompok prioritas untuk diuji HIV adalah

perempuan hamil dan pasangannya, anak-anak dengan kurang gizi akut yang berat yang tinggal di wilayah berprevalensi HIV lebih besar daripada 1%, kelompok-kelompok berisiko lainnya.

Stigma dan diskriminasi: Hal ini penting untuk memastikan bahwa strategi-strategi dan program-program tidak meningkatkan stigma. Tujuan untuk secara aktif mengurangi stigma dan diskriminasi di wilayah yang dikenal memilih indeks stigma yang tinggi dan perilaku-perilaku diskriminatif.

Intervensi ART: terapi anti retroviral lengkap untuk semua yang memerlukannya tidak hanya yang sebelumnya sudah terdaftar - sesegera mungkin.

Pencegahan penularan ibu ke anak: periksa perempuan hamil dan pasangannya dan beri diagnosis awal bayi. Berikan ART kepada perempuan yang sudah diketahui positif atau orang yang baru diketahui positif HIV. Rujuk bayi-bayi yang hasil pengujian positif ke dokter spesialis anak yang memberi layanan HIV. Berikan pedoman pemberian makanan bayi khusus ke perempuan hidup dengan HIV, dan penyimpanan dan dukungan kepatuhan. ⊕ Lihat ketahanan pangan dan penilaian gizi-pemberian makanan pada bayi dan anak kecil standar 4.1 dan 4.2.

Layanan untuk infeksi gabungan HIV/Tuberkulosis: berikan pemeriksaan TB dan rujukan untuk warga yang hidup dengan HIV. Berikan pengobatan tuberkulosis untuk warga yang pernah masuk dalam program pengobatan. ⊕ Lihat Layanan Kesehatan Dasar – Standar Penyakit Menular 2.1.3 Diagnosis dan Manajemen Kasus. Kaitkan layanan pengujian TB dan HIV pada kondisi prevalensi tinggi dan tetapkan pengendalian infeksi tuberkulosis dalam kondisi layanan kesehatan.

Catatan: Caritas International dan anggotanya tidak mempromosikan penggunaan atau pendistribusian apapun bentuk pengendalian kelahiran buatan.

2.4 Layanan Cedera dan Trauma

Dalam setiap krisis, suatu beban kesakitan dan kematian disebabkan oleh cedera. Meningginya kebutuhan layanan rawatan trauma seringkali melampaui kapasitas sistem kesehatan setempat. Untuk mengurangi dampak cedera dan risiko kelumpuhan sistem kesehatan, berikan pemilahan kasus (triase) sistematis dan manajemen korban massal bersamaan kedaruratan dasar, bedah aman dan rawatan rehabilitasi. Bagian ini menyoroti respons sistem kesehatan terhadap cedera fisik. Pedoman khusus mengenai keracunan, kesehatan jiwa dan kekerasan seksual dimuat di tempat lain. ⊕ Lihat Lampiran 4: Keracunan; Standar 2.5 Layanan Kesehatan Dasar dan Standar 2.3.2 Layanan Kesehatan Dasar - Kesehatan Seksual dan Reproduksi.

Standar 2.4 Cedera dan Rawatan Trauma:

Cedera dan Rawatan Trauma

Warga mempunyai akses rawatan trauma yang aman dan tepat guna selama krisis untuk mencegah kematian, kesakitan, penderitaan dan disabilitas yang dapat dihindari.

Tindakan-tindakan kunci

- 1 Memberikan rawatan trauma di segala tingkatan untuk semua pasien.



- Dengan cepat membentuk sistem rujukan yang aman antara fasilitas-fasilitas dan dari komunitas terdampak ke fasilitas-fasilitas.
 - Membentuk klinik keliling atau rumah sakit lapangan ketika rawatan di struktur tetap tidak dapat diakses penduduk.
- 2) Memastikan agar pekerja layanan kesehatan memiliki keterampilan dan pengetahuan untuk menangani cedera.
 - Mengikutsertakan semua tingkatan dari perespons pertama sampai kepada mereka yang memberikan pembedahan akhir dan rawatan anestesi.
 - 3) Membentuk atau menguatkan protokol terstandar untuk pemilahan pasien, cedera dan rawatan trauma.
 - Melibatkan sistem rujukan untuk perlindungan anak, penyintas kekerasan seksual, dan mereka yang memerlukan kesehatan jiwa dan dukungan psikososial.
 - 4) Memberikan imunisasi tetanus pencegahan kepada setiap orang yang berisiko cedera, warga cedera dengan luka terbuka dan mereka yang terlibat dalam operasi penyelamatan dan pembersihan.
 - 5) Memastikan keamanan minimum dan standar tata kelola untuk semua fasilitas yang memberikan layanan trauma dan cedera, termasuk rumah sakit lapangan.
 - 6) Memastikan akses pada waktu yang tepat ke layanan rehabilitasi, alat bantu prioritas dan bantuan bergerak untuk pasien-pasien cedera.
 - Memastikan agar alat bantuan seperti kursi roda dan tongkat atau bantuan bergerak dapat diperbaiki warga setempat.
 - 7) Memastikan akses pada waktu yang tepat ke layanan kesehatan jiwa dan dukungan psikososial.
 - 8) Membuat atau menguatkan sistem informasi kesehatan untuk memasukkan data cedera dan trauma.
 - Memprioritaskan dokumentasi klinik dasar seperti rekam medik perorangan untuk semua pasien trauma.
 - Menggunakan definisi standar untuk memadukan cedera ke dalam perangkat data sistem informasi kesehatan.

Indikator Kunci

Persentase fasilitas kesehatan yang memiliki suatu rencana kebencanaan termasuk manajemen korban massal, ditinjau dan dilatih secara teratur

Persentase fasilitas kesehatan dengan protocol untuk cedera akut termasuk perangkat formal pemilahan pasien (triase)

Persentase fasilitas kesehatan dengan staf yang mendapatkan pelatihan dasar mengenai pendekatan cedera akut

Persentase fasilitas kesehatan yang melaksanakan upaya peningkatan mutu untuk mengurangi kesakitan dan kesakitan sesuai dengan data yang tersedia

Catatan Panduan

Pelatihan dan pengembangan keterampilan untuk cedera dan rawatan trauma harus meliputi:

- manajemen korban massal, untuk mereka yang menanggapi dan mengkoordinasi respons;
- pertolongan pertama dasar;
- pemilahan pasien terstandar di lapangan dan di fasilitas layanan kesehatan; dan
- pengenalan dini, resusitasi, manajemen luka, pengendalian nyeri dan dukungan psikososial yang peka waktu.

Protokol-protokol terstandar harus ada atau akan dikembangkan untuk mencakup:

- penggolongan pemilahan pasien berdasarkan keakuratan untuk situasi rutin dan cadangan yang meliputi penilaian, pemberlakuan prioritas, resusitasi dasar dan kriteria untuk rujukan kedaruratan;
- layanan kedaruratan terdepan pada titik akses; dan
- rujukan-rujukan untuk kedaruratan dan layanan lanjut, termasuk pembedahan, layanan pasca operasi dan rehabilitasi.

Keamanan minimum dan standar-standar mutu: Walaupun tempat rawatan trauma diberikan dalam respons suatu peristiwa akut atau konflik yang sedang terjadi, standar minimum perlu dipastikan. Wilayah yang perlu ditangani termasuk:

- pemberian obat, alat-alat dan produk darah yang aman dan rasional, termasuk rantai pasokan;
- pencegahan dan pengendalian infeksi;
- pasokan energi yang memadai untuk pencahayaan, komunikasi dan pengoperasian alat-alat medik seperti peralatan resusitasi darurat dan tungku sterilisasi; dan
- manajemen limbah medik.

Pertolongan pertama berbasis komunitas: pertolongan pertama pada waktunya dan tepat oleh tenaga non-profesional menyelamatkan jiwa ketika dilakukan dengan cara yang aman dan sistematis. Semua penolong pertama harus menggunakan pendekatan terstruktur untuk cedera. Pelatihan manajemen luka dasar, seperti pembersihan dan pembalutan adalah penting.

Libatkan rumah tangga dan pertolongan pertama tingkat komunitas, dan bimbingan mengenai waktu dan tempat pencarian bantuan kesehatan. Tingkatkan kesadaran sesuai risiko yang spesifik, misalnya infrastruktur tidak stabil atau risiko cedera selama usaha pertolongan.

Pemilahan pasien (triase): Proses penggolongan pasien menurut beratnya cedera yang dialami dan kebutuhan untuk rawatan. Pengidentifikasian pasien sangat bermanfaat untuk mendapatkan intervensi medik segera. Ada beberapa sistem pemilahan pasien. Yang digunakan secara luas menerapkan sistem penggunaan lima warna: merah untuk pasien dengan prioritas tertinggi, kuning sedang, hijau lebih rendah, biru untuk pasien yang melampaui kemampuan teknis fasilitas atau yang memerlukan rawatan paliatif, dan abu-abu untuk yang meninggal.

Tenaga profesional rawatan kedaruratan garda terdepan: Semua pekerja layanan kesehatan tingkat lebih tinggi, seperti dokter, harus terampil dalam suatu pendekatan sistematis terhadap penyakit akut dan cedera. ⊕ Lihat "ABCDE approach in the IFRC International First Aid and Resuscitation Guideline." Resusitasi awal dan intervensi penyelamatan hidup seperti pemberian cairan dan antibiotik, pengendalian pendarahan dan penatalaksanaan pneumothoraks dapat dilakukan dalam banyak situasi sebelum mengirim pasien ke layanan lanjut.



Anestesi, trauma dan rawatan bedah: Kedaruratan, bedah, rawatan rehabilitasi harus dilakukan hanya oleh organisasi dengan pengalaman yang tepat. Pelaku harus bertindak dalam jangkauan praktik profesional mereka, dengan sumber-sumber memadai untuk mempertahankan kegiatan-kegiatan mereka. Ketidaktepatan atau tidak memadainya rawatan mungkin lebih berbahaya daripada tidak bertindak apa pun. Pembedahan dilakukan tanpa rawatan sebelum dan sesudah pembedahan dan rehabilitasi berlanjut dapat menghasilkan suatu kegagalan untuk memulihkan kapasitas fungsional pasien.

Rumah sakit lapangan: Penggunaan rumah sakit lapangan sementara mungkin penting, khususnya dalam suatu krisis akut, dan harus dikoordinasikan dengan Kementerian Kesehatan atau lembaga yang berwenang dan pelaku kesehatan lainnya. Standar dan keamanan rawatan harus memenuhi standar-standar nasional dan internasional. ⊕ Lihat Rujukan untuk pedoman lanjut.

Rehabilitasi dan reintegrasi sosial: Rehabilitasi dini dapat meningkatkan daya tahan, memaksimalkan dampak intervensi medik dan bedah dan menguatkan mutu hidup penyintas yang cedera. Tim medik dengan kapasitas rawat inap harus dapat memberikan rehabilitasi dini. Petakan kapasitas rehabilitasi yang ada dan jalur rujukan serta memahami hubungan antara sistem kesejahteraan sosial yang ada dan bantuan tunai.

Sebelum melepaskan pasien, pertimbangkan kebutuhan pasien trauma dan cedera yang sudah ada, termasuk warga yang sebelumnya sudah mengalami disabilitas. Pastikan tindak lanjut medik dan rehabilitasi, pendidikan pasien dan pengasuh, alat bantu dasar (misalnya tongkat atau kursi roda), kesehatan jiwa dan dukungan psikososial, dan akses ke layanan dasar lainnya. Buat rencana rawatan multi-disiplin dan tim termasuk spesialis rehabilitasi fisik dan staf yang terampil dalam rawatan kesehatan jiwa dan dukungan psikososial. Kesehatan jiwa dan dukungan psikososial untuk mereka dengan cedera yang mengubah hidup harus dimulai ketika mereka masih dirawat. Kaitan dengan layanan pendukung berkelanjutan penting. ⊕ Lihat Standar 2.5 Layanan Kesehatan Dasar: Rawatan Kesehatan Jiwa.

Pertimbangan manajemen khusus - pengendalian nyeri: Manajemen nyeri yang baik setelah cedera mengurangi risiko pneumonia dan thrombosis vena dalam serta menolong pasien memulai fisioterapi. Ini mengurangi respons stress fisiologis, yang mengarah pada pengurangan sakit jantung dan pembuluh darah. Nyeri akut dari trauma harus ditangani sesuai dengan pembalikan tangga nyeri WHO. Nyeri saraf yang dihasilkan oleh cedera saraf mungkin muncul dari luar dan harus ditangani secara tepat. ⊕ Lihat Standar 1.3 Sistem Kesehatan: Obat-obatan dan Alat Kesehatan Penting dan Standar 2.7 Layanan Kesehatan Dasar: Rawatan Paliatif. ⊕ Lihat "WHO pain ladder".

Pertimbangan manajemen khusus - manajemen luka: Pada sebagian besar krisis, banyak pasien akan muncul untuk rawatan lebih dari 6 jam setelah cedera. Kemunculan terlambat sangat meningkatkan risiko infeksi luka dan dikaitkan dengan kematian. Pekerja layanan kesehatan harus mengetahui protokol untuk mengelola luka (termasuk luka bakar dan pencegah dan mengobati infeksi, baik untuk akut dan kemunculan terlambat. Protokol-protokol ini meliputi pemberian antibiotik yang tepat, pembedahan pembuangan bahan-bahan asing dan jaringan mati, serta pembalutan.

Tetanus: Pada bencana akibat fenomena alam yang terjadi secara cepat, risiko tetanus bisa relatif tinggi. Berikan tetanus toksoid yang mengandung vaksin (DT atau Td - vaksin difteri dan tetanus - atau DPT, tergantung usia dan riwayat imunisasi) untuk mereka dengan luka terbuka. Warga dengan luka kotor atau sangat tercemar harus juga menerima satu dosis imuno globulin Tetanus (TIG) ketika mereka tidak diimunisasi tetanus.

2.5 Kesehatan Jiwa

Kesehatan jiwa dan masalah psikososial umum terjadi pada orang dewasa, remaja dan anak-anak pada semua situasi kemanusiaan. Tekanan berlebihan terkait dengan krisis menempatkan warga pada peningkatan risiko sosial, perilaku, psikologis dan masalah psikiatrik. Kesehatan jiwa dan dukungan psikososial meliputi aksi multi-sektor. Standar ini berpusat pada tindakan pelaku kesehatan. ⊕ Lihat Standar Kemanusiaan Inti dan Prinsip-prinsip Perlindungan untuk informasi lebih lanjut mengenai intervensi psikososial lintas sektor.

Standard 2.5 Kesehatan Jiwa:

Rawatan Kesehatan Jiwa

Warga segala usia mempunyai akses layanan kesehatan yang menangani kondisi kesehatan jiwa dan terkait gangguan fungsi.

Tindakan-tindakan kunci

- 1 Mengoordinir layanan kesehatan jiwa dan dukungan psikososial lintas sektor.
 - Membentuk suatu kelompok kerja teknis lintas sektor untuk kesehatan jiwa dan isu psikososial. Kelompok ini mungkin dipimpin bersama oleh sebuah organisasi kesehatan dan sebuah organisasi perlindungan kemanusiaan.
- 2 Mengembangkan program berdasarkan suatu kebutuhan-kebutuhan dan sumber-sumber yang diidentifikasi.
 - Menganalisis sistem kesehatan jiwa yang ada, kompetensi staf dan sumber-sumber atau layanan-layanan lain.
 - Melakukan penilaian kebutuhan-kebutuhan, sambil mengingat bahwa kondisi kesehatan jiwa mungkin sudah ada sebelumnya, dipicu oleh krisis atau keduanya.
- 3 Bekerja dengan anggota komunitas, termasuk warga terpinggirkan untuk menguatkan daya membantu diri sendiri komunitas dan dukungan sosial.
 - Mempromosikan dialog komunitas dengan cara-cara yang menangani permasalahan-permasalahan secara gotong royong, yang menggambarkan kebijakan, pengalaman dan sumber-sumber komunitas.
 - Melestarikan atau mendukung pengenalan ulang mekanisme dukungan yang sudah ada sebelumnya seperti kelompok-kelompok perempuan, kaum muda dan warga yang hidup dengan HIV.
- 4 Mengorientasikan staf dan relawan cara menawarkan pertolongan pertama psikologis.
 - Menerapkan prinsip-prinsip pertolongan pertama psikologis untuk mengelola tekanan akut setelah paparan terakhir yang berpotensi menjadi kejadian traumatik.
- 5 Membuat layanan kesehatan jiwa klinis dasar tersedia di setiap fasilitas layanan kesehatan.
 - Mengorganisir pelatihan singkat dan melakukan supervisi pekerja layanan kesehatan umum untuk menilai dan mengelola kondisi kesehatan jiwa prioritas.
 - Mengorganisir suatu mekanisme rujukan di antara spesialis kesehatan jiwa, pemberi layanan kesehatan umum, dukungan berbasis komunitas dan layanan-layanan lain.



- 6) Membuat intervensi psikologis tersedia bila memungkinkan untuk warga yang terganggu oleh tekanan berkepanjangan.
 - Bila memungkinkan, melatih dan melakukan supervisi non-spesialis.
- 7) Melindungi hak-hak warga dengan kondisi kesehatan jiwa yang erat di komunitas, rumah sakit dan lembaga-lembaga.
 - Mengunjungi rumah sakit jiwa dan rumah tinggal untuk warga dengan kondisi kesehatan mental yang berat secara teratur sejak awal krisis.
 - Menangani pengabaian dan penyalahgunaan di Lembaga dan mengorganisir rawatan.
- 8) Mengurangi hal buruk terkait alkohol dan obat-obatan.
 - Melatih staf dalam penemuan dan intervensi singkat, mengurangi hal buruk dan manajemen kekambuhan dan keracunan.
- 9) Melakukan langkah-langkah untuk mengembangkan suatu sistem kesehatan jiwa yang berkelanjutan selama perencanaan pemulihan dini dan krisis berkepanjangan.

Indikator Kunci

Persentase layanan kesehatan sekunder dengan staf terlatih dan disupervisi serta sistem yang mengelola kondisi kesehatan jiwa.

Persentase layanan kesehatan dasar dengan staf terlatih dan disupervisi serta sistem untuk mengelola kondisi kesehatan jiwa.

Jumlah warga yang terlibat dalam komunitas menolong diri sendiri dan kegiatan-kegiatan dukungan sosial.

Persentase pengguna layanan kesehatan yang menerima layanan untuk kondisi kesehatan jiwa.

Persentase warga yang menerima layanan untuk kondisi kesehatan jiwa yang melaporkan perbaikan fungsi dan pengurangan gejala-gejala.

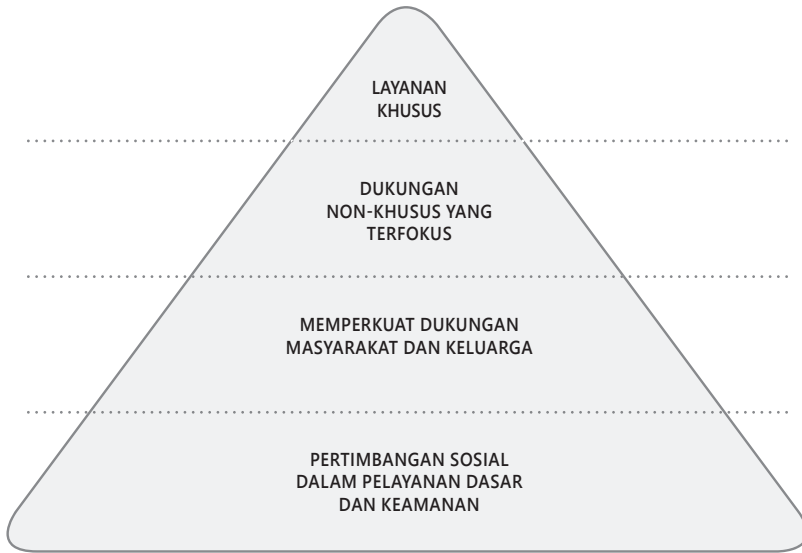
Jumlah hari obat-obatan psikotropika penting tidak tersedia selama 30 hari terakhir.

- kurang dari 4 hari

Catatan Panduan

Dukungan semua tingkatan: Krisis berdampak pada warga dengan cara-cara yang berbeda, memerlukan cara-cara dukungan beragam. Suatu kunci pengorganisasian kesehatan jiwa dan dukungan psikososial adalah mengembangkan suatu sistem berlapis dukungan lengkap yang memenuhi kebutuhan-kebutuhan yang beragam, seperti digambarkan dalam diagram di bawah. Piramida menunjukkan cara tindakan-tindakan berbeda melengkapi satu sama lain. Setiap lapisan piramida penting dan harus secara ideal dilaksanakan bersamaan.

Penilaian: Peningkatan kondisi kesehatan jiwa adalah besar dalam setiap krisis. Penelitian prevalensi tidak penting untuk memulai layanan. Gunakan pendekatan partisipatif cepat dan bila memungkinkan, padukan kesehatan jiwa dalam penilaian-penilaian lain. Jangan batasi penilaian pada satu isu klinis.



Gambar 10: Piramida layanan dan dukungan berlapis-lapis.

Sumber: IASC Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings (2010)

Komunitas membantu diri sendiri dan dukungan komunitas: Libatkan kader kesehatan komunitas, pemimpin, dan relawan untuk memungkinkan anggota komunitas termasuk warga terpinggirkan untuk menciptakan membantu diri sendiri dan dukungan sosial. Kegiatan-kegiatan dapat meliputi membuat ruang aman dan kondisi-kondisi untuk dialog komunitas.

Pertolongan pertama psikologis: Pertolongan pertama psikologis perlu tersedia bagi warga terpapar terhadap potensi peristiwa traumatik seperti kekerasan fisik atau seksual, menyaksikan kekejaman dan mengalami cedera besar. Ini bukan suatu intervensi klinik. Ini suatu respons dasar, manusiawi dan suportif terhadap penderitaan. Ini meliputi mendengarkan dengan teliti, menilai kebutuhan-kebutuhan dasar dan memastikan pemenuhannya, mendorong dukungan sosial dan meliputi dari dampak buruk lebih jauh. Ini tidak mengganggu dan tidak menekan warga untuk membicarakan tentang penderitaannya. Setelah orientasi singkat, pemimpin komunitas, pekerja layanan kesehatan dan lainnya yang terlibat dalam respons kemanusiaan dapat memberikan pertolongan pertama psikologis terhadap warga yang menderita. Meski pertolongan pertama psikologis harus tersedia luas, keseluruhan respons kesehatan jiwa dan dukungan psikososial tidak harus dibatasi dengan itu saja.

Pertemuan tunggal tanya-jawab psikologis: mempromosikan peluapan dengan mendorong warga secara singkat namun sistematis menceritakan persepsi-persepsi, pikiran-pikiran dan reaksi emosional yang dialami selama suatu peristiwa menegangkan yang baru dialami. Ini sangat tidak tepat dan harus tidak digunakan.

Intervensi psikologis lainnya: Pekerja layanan kesehatan non-spesialis dapat menyampaikan intervensi psikologis untuk depresi, kecemasan dan gangguan tekanan



setelah pengalaman traumatik (*post traumatic stress disorder*) apabila mereka terlatih baik, disupervisi dan didukung. Ini meliputi terapi perilaku kognitif (*Cognitive Behaviour therapy*) dan terapi interpersonal.

Layanan kesehatan jiwa klinis: Arahkan semua staf Kesehatan dan relawan mengenai ketersediaan layanan kesehatan jiwa. Latih pekerja kesehatan sesuai protokol berbasis bukti seperti *Mental Health Gap* (mhGAP). Bila memungkinkan, tambahkan seorang profesional kesehatan jiwa misalnya seorang perawat psikiatrik pada fasilitas layanan Kesehatan umum. Atur ruang privat untuk konsultasi. ⊕ Lihat "*Mental Health Gap Humanitarian Intervention Guide*".

Kondisi yang sering muncul dalam layanan kesehatan dalam situasi kedaruratan adalah psikosis, depresi dan suatu kondisi neurologis, epilepsi (kejang-kejang). Kesehatan jiwa ibu adalah keprihatinan khusus karena potensi dampaknya pada pemeliharaan anak.

Padukan kategori kesehatan jiwa dalam sistem informasi kesehatan. ⊕ Lihat Lampiran 2: Contoh formulir Sistem Informasi Manajemen Kesehatan.

Obat-obatan psikotropik penting: Organisir suatu pasokan tak terputus obat-obatan psikotropik penting dengan sekurang-kurangnya satu dari setiap kategori terapi (anti psikotik, anti depresi, anti cemas, anti kejang, dan obat-obatan yang menangani efek samping anti psikotik). ⊕ Lihat "*The Interagency Emergency Health Kit for suggested psychotropic medicines*" dan Standar 1.3 Sistem Kesehatan: Obat-obatan dan alat-alat kesehatan penting.

Lindungi hak-hak warga dengan kondisi kesehatan jiwa: Selama krisis kemanusiaan, warga dengan kondisi kesehatan jiwa parah sangat rentan terhadap pelanggaran hak-hak asasi manusia, seperti penyalahgunaan, pengabaian, terlantar dan ketiadaan hunian, pangan atau layanan kesehatan. Rancanglah agar sekurang-kurang satu lembaga yang memenuhi kebutuhan-kebutuhan warga dalam lembaga-lembaga.

Peralihan ke pasca krisis: Krisis kemanusiaan meningkatkan tingkat kondisi beberapa kesehatan jiwa jangka panjang, sehingga penting merencanakan peningkatan perawatan berkelanjutan mencakup lintas wilayah terdampak. Ini meliputi penguatan sistem kesehatan jiwa nasional dan menumbuhkan inklusi kelompok-kelompok terpinggirkan (termasuk pengungsi) ke dalam sistem-sistem ini. Proyek contoh dengan pendanaan darurat jangka pendek dapat memberikan pembuktian konsep dan menciptakan momentum untuk menarik dukungan dan pendanaan lebih lanjut pengembangan sistem kesehatan jiwa.

2.6 Penyakit-penyakit tidak Menular

Perlunya memusatkan perhatian pada penyakit-penyakit tidak menular dalam krisis kemanusiaan mencerminkan usia harapan hidup global digabung dengan risiko faktor-faktor perilaku seperti merokok dan pola makan yang tidak sehat. Sekitar 80% kematian dari penyakit-penyakit tidak menular terjadi di negara-negara berpendapatan rendah atau menengah, dan kedaruratan meningkatkan hal ini.

Dalam suatu penduduk penduduk dewasa 10.000 warga, ada sekitar 1.500-3.000 warga dengan tekanan darah tinggi (hipertensi), 500-2.000 dengan diabetes, dan 3-8 serangan jantung akut dalam suatu periode 90 hari normal.

Penyakit-penyakit akan beragam, namun sering termasuk diabetes, penyakit kardiovaskuler (termasuk tekanan darah tinggi, gagal jantung, stroke, penyakit ginjal kronis), penyakit paru kronis (seperti asma dan penyakit paru obstruktif menahun).

Respons awal harus mengelola komplikasi akut dan menghindari pemutusan obat, diikuti dengan program lebih lengkap.

Kesehatan jiwa dan rawatan paliatif sudah dicantumkan dalam \oplus Standar 2.5 Layanan Kesehatan Dasar: Layanan Kesehatan Jiwa dan 2.7: Rawatan Paliatif.

Standar 2.6 Penyakit-penyakit tidak Menular: Rawatan penyakit tidak menular

Warga memiliki akses program pencegahan, diagnosis dan terapi penting untuk komplikasi akut dan manajemen jangka panjang penyakit-penyakit tidak menular.

Tindakan-tindakan kunci

- 1 **Identifikasi** kebutuhan-kebutuhan kesehatan penyakit-penyakit tidak-menular dan analisis ketersediaan layanan-layanan sebelum krisis.
 - Identifikasi kelompok-kelompok dengan prioritas kebutuhan-kebutuhan termasuk mereka yang berisiko komplikasi yang mengancam jiwa seperti diabetes yang tergantung insulin atau asma berat.
- 2 **Melaksanakan** program pendekatan bertahap berdasarkan prioritas-prioritas penyelamatan jiwa dan meringankan penderitaan
 - Memastikan pasien-pasien didiagnosis komplikasi-komplikasi yang mengancam kehidupan (misalnya serangan asma berat, diabetes yang mengalami ketoasidosis) menerima rawatan tepat. Ketika rawatan tepat tidak tersedia, tawarkan rawatan paliatif dan pendukung.
 - Menghindari pemutusan pengobatan secara tiba-tiba untuk pasien yang terdiagnosis sebelum krisis.
- 3 **Memadukan** rawatan penyakit-penyakit tidak menular ke dalam sistem kesehatan di semua tingkatan.
 - Membentuk suatu sistem rujukan untuk mengelola komplikasi akut dan kasus-kasus rumit ke rawatan sekunder atau tersier.
 - Merujuk pasien-pasien yang memerlukan respons gizi atau ketahanan pangan bila diperlukan.
- 4 **Membuat** program kesiapsiagaan nasional untuk penyakit-penyakit tidak menular.
 - Memasukkan obat-obatan dan pasokan penting dalam pasokan kontingensi darurat medik.
 - Menyiapkan pasien perorangan dengan suatu cadangan pasokan obat-obatan dan instruksi mengenai tempat mengakses layanan kedaruratan dilakukan pada saat krisis terjadi

Indikator Kunci

Persentase fasilitas layanan kesehatan dasar yang memberikan layanan untuk penyakit-penyakit tidak menular prioritas

Jumlah hari obat-obatan penting untuk penyakit-penyakit tidak menular tidak tersedia dalam jangka 30 hari terakhir.



- Kurang dari 4 hari.

Jumlah hari peralatan dasar untuk penyakit-penyakit tidak menular tidak tersedia (atau tidak berfungsi) dalam jangka 30 hari terakhir.

- kurang dari 4 hari.

Semua pekerja layanan kesehatan memberikan pengobatan penyakit-penyakit tidak menular terlatih dalam manajemen penyakit-penyakit tidak menular

Catatan Panduan

Kebutuhan-kebutuhan dan analisis risiko untuk mengidentifikasi penyakit-penyakit tidak menular prioritas: Rancang sesuai dengan situasi dan fase kedaruratan. Ini dapat melibatkan catatan tinjauan, gunakan data sebelum krisis, dan lakukan penelitian rumah tangga atau penilaian epidemiologis dengan suatu penelitian lintas batas. Kumpulkan data terkait prevalensi dan insiden penyakit-penyakit tidak menular khusus serta kebutuhan-kebutuhan mengidentifikasi ancaman jiwa atau kondisi-kondisi gejala berat.

Analisis layanan sebelum krisis tersedia dan digunakan, khususnya untuk kasus rumit seperti kanker atau penyakit ginjal menahun, menilai harapan dan kapasitas sistem kesehatan dalam situasi. Tujuan jangka menengah sampai jangka panjang adalah mendukung dan mengembalikan lagi layanan-layanan itu.

Kebutuhan-kebutuhan pengobatan yang rumit: Bila memungkinkan berikan rawatan lanjut untuk pasien-pasien dengan kebutuhan-kebutuhan rumit seperti dialisis ginjal, radioterapi dan kemoterapi. Berikan informasi jelas dan dapat diakses mengenai jalur-jalur rujukan. Berikan rujukan untuk dukungan rawatan paliatif bila ada. ⊕ Lihat Standar 2.7 Layanan Kesehatan Dasar: Rawatan Paliatif.

Pemaduan rawatan penyakit-penyakit tidak menular ke dalam sistem kesehatan: Berikan pengobatan dasar untuk penyakit-penyakit tidak menular di tingkat layanan kesehatan dasar selaras dengan standar nasional, atau selaras dengan pedoman kedaruratan internasional bilamana standar nasional tidak ada.

Bekerja dengan komunitas untuk meningkatkan penemuan dini dan rujukan. Padukan pekerja kesehatan komunitas ke dalam fasilitas layanan dasar, dan libatkan pemimpin komunitas, penyembuhan tradisional, dan sektor usaha. Layanan ke luar dapat memberikan layanan kesehatan penyakit-penyakit tidak menular ke penduduk yang terisolasi.

Adaptasi sistem informasi kesehatan yang ada untuk situasi krisis, atau kembangkan satu, untuk meliputi pemantauan penyakit-penyakit menular utama: tekanan darah tinggi (hipertensi), diabetes, asma, penyakit paru obstruktif menahun, penyakit jantung iskemik dan epilepsi. ⊕ Lihat Standar 1.5 Sistem Kesehatan: Informasi Kesehatan dan Lampiran 2.

Obat-obatan dan alat-alat kesehatan: Tinjau daftar nasional obat-obatan dan alat kesehatan penting, termasuk teknologi dan uji laboratorium inti untuk mengelola penyakit-penyakit tidak menular. ⊕ Lihat Standar 1.3 Sistem Kesehatan: Obat-obatan dan alat-alat kesehatan yang penting. Ketika diperlukan, advokasikan inklusi obat-obatan penting utama dan alat kesehatan selaras dengan pedoman internasional dan kedaruratan tentang penyakit-penyakit tidak menular. Berikan akses obat-obatan dan alat kesehatan penting pada tingkat rawatan yang tepat. Kotak penyakit-penyakit tidak menular mungkin digunakan bersamaan dengan kotak kesehatan darurat antar-lembaga

pada tahap awal krisis untuk meningkatkan ketersediaan obat-obatan dan peralatan penting. Jangan gunakan kotak-kotak ini untuk memberikan pasokan jangka panjang.

Pelatihan: Latih semua tingkatan staf klinik dalam manajemen kasus kondisi penyakit-penyakit tidak menular dan latih semua staf mengenai manajemen penyakit-penyakit tidak menular prioritas, termasuk prosedur tetap tatacara rujukan. ⊕ Lihat Standar 1.2 Sistem Kesehatan: Angkatan Kerja Layanan Kesehatan.

Promosi dan Pendidikan Kesehatan: Berikan informasi mengenai layanan dan tempat mengakses layanan penyakit-penyakit tidak menular kepada semua, termasuk warga usia lanjut dan penyandang disabilitas, untuk mempromosikan perilaku sehat, memodifikasi faktor-faktor risiko dan meningkatkan rawatan diri dan kepatuhan menjalani pengobatan. Sebagai contoh perilaku sehat misalnya kegiatan fisik teratur atau mengurangi konsumsi alkohol dan tembakau. Bekerja dengan beragam bagian komunitas untuk mengembangkan pesan dan strategi penyebaran sehingga pesannya tepat usia, gender dan budaya. Adaptasi strategi pencegahan dan pengendalian sesuai situasi, pertimbangkan hambatan-hambatan misalnya pasokan pangan terbatas atau kerumunan.

Rencana-rencana pencegahan dan kesiapsiagaan: Masukkan manajemen penyakit-penyakit tidak menular ke dalam rencana-rencana kebencanaan dan darurat nasional, pastikan sesuai dengan jenis fasilitas layanan kesehatan (sebagai contoh, pusat kesehatan kecil atau rumah sakit besar dengan unit cuci darah). Pusat-pusat kesehatan dalam situasi tidak stabil atau terletak di wilayah rawan bencana harus disiapkan memberikan layanan rawatan penyakit-penyakit tidak menular.

Buat suatu daftar pasien dengan kondisi rumit dan kebutuhan kritis serta buat protokol langkah yang terstandarisasi untuk merujuk pasien bila suatu krisis terjadi.

2.7 Rawatan Paliatif

Rawatan paliatif adalah pencegahan dan pengurangan penderitaan dan kesulitan terkait dengan rawatan akhir kehidupan. Ini meliputi identifikasi, penilaian dan perawatan nyeri juga pemenuhan kebutuhan-kebutuhan fisik, psikososial dan rohani. Memadukan rawatan fisiologis, psikologis dan rohani berdasarkan permintaan pasien atau keluarga, dan termasuk sistem dukungan untuk membantu pasien-pasien, keluarga-keluarga dan pengasuh-pengasuh. Rawatan akhir kehidupan ini harus diberikan apa pun penyebabnya.

Standar 2.7 Rawatan Paliatif:

Rawatan Paliatif

Warga memiliki akses rawatan paliatif dan akhir kehidupan yang meringankan nyeri dan penderitaan, memaksimalkan kenyamanan, martabat dan mutu kehidupan pasien, dan memberikan dukungan untuk anggota-anggota keluarga.

Tindakan-tindakan kunci

- 1 Menetapkan pedoman dan kebijakan untuk mendukung rawatan paliatif yang konsisten.
 - Memasukkan pedoman nasional atau intenasional tentang pengendalian nyeri dan gejala di fasilitas layanan kesehatan.



- Mengembangkan pedoman pemilahan pasien berdasarkan kondisi medik pasien dan prognosis serta ketersediaan sumber-sumber.
- 2) Mengembangkan suatu rencana rawatan dan berikan rawatan paliatif kepada pasien yang sekarat.
- Memastikan minimum ada pereda nyeri dan kematian yang bermartabat dalam suatu kedaruratan akut.
 - Menggali pemahaman pasien atau keluarga mengenai situasi juga keprihatinan, nilai-nilai dan keyakinan budaya.
- 3) Memadukan rawatan paliatif ke dalam semua tingkatan sistem kesehatan.
- Membuat jaringan rujukan yang kuat untuk memberikan dukungan dan rawatan yang berlanjut.
 - Memprioritaskan manajemen berbasis komunitas melibatkan rawatan berbasis rumah.
- 4) Melatih pekerja layanan kesehatan untuk memberikan rawatan paliatif, termasuk pengendalian nyeri dan gejala, dan kesehatan jiwa serta dukungan psikososial.
- Memenuhi standar nasional atau standar internasional bila standar nasional tidak ada.
- 5) Memberikan pasokan obat-obatan dan peralatan penting.
- Menyediakan obat-obatan paliatif dan alat medik yang tepat seperti bantalan inkontinensia (popok) dan kateter pada fasilitas layanan kesehatan.
 - Menyadari peraturan obat-obat berijin yang mungkin menunda ketersediaan obat-obatan penting.
- 6) Bekerja dengan sistem dan jejaring setempat untuk mendukung pasien, pengasuh dan keluarga di komunitas dan di rumah.
- Memberikan pasokan untuk kebutuhan rawatan rumah, misalnya popok, kateter dan paket ganti. (pakaian dalam)

Indikator Kunci

Jumlah hari obat-obatan penting rawatan paliatif tidak tersedia 30 hari terakhir

- Kurang dari 4 hari.

Persentase staf terlatih dalam pengendalian nyeri dan gejala dasar atau rawatan paliatif di setiap pusat kesehatan, rumah sakit, klinik keliling dan rumah sakit lapangan.

Persentase pasien-pasien yang teridentifikasi oleh sistem layanan kesehatan sebagai yang membutuhkan yang telah menerima rawatan akhir kehidupan.

Catatan Panduan

Pelaku sektor kesehatan harus menyadari dan menghormati cara-cara setempat membuat pengambilan keputusan medik dan nilai-nilai setempat terkait penyakit, penderitaan, sekarat dan kematian. Meringankan penderitaan penting, dan pasien sekarat harus menerima rawatan berorientasi kenyamanan, entah kesakitan mereka berasal dari cedera mematikan, penyakit-penyakit infeksi atau penyebab lainnya.

Mengembangkan suatu rencana rawatan: Mengidentifikasi pasien yang relevan dan hormati hak mereka untuk membuat keputusan yang sadar mengenai rawatannya. Berikan informasi yang tidak biasa dan pertimbangkan kebutuhan-kebutuhan dan harapan-harapannya. Rencana rawatan harus disepakati dan berdasarkan pilihan pasien. Tawarkan akses kesehatan jiwa dan dukungan psikososial.

Ketersediaan obat-obatan: Beberapa obat-obatan rawatan paliatif seperti pereda nyeri adalah termasuk dalam modul dasar dan tambahan paket kesehatan darurat antar lembaga, dan dalam daftar obat-obatan penting. Kontak kesehatan darurat antar lembaga berguna pada fase awal suatu krisis, namun tidak cocok untuk situasi berkepanjangan di mana sistem yang lebih berkelanjutan harus dibentuk. ⊕ Lihat Standar 1.3 Sistem Kesehatan: Obat-obatan dan Alat-alat Kesehatan Penting dan Rujukan dan Bacaan Lanjutan.

Dukungan keluarga, komunitas dan sosial: Koordinasikan dengan sektor lain untuk menyepakati suatu jalur rujukan untuk pasien-pasien dan keluarga-keluarga untuk mendapatkan dukungan terpadu. Ini termasuk mengakses sistem sosial dan kesejahteraan nasional atau organisasi yang menawarkan bantuan hunian, higiene dan kotak bermartabat, bantuan tunai, kesehatan jiwa dan dukungan psikososial, serta bantuan hukum untuk memastikan pemenuhan kebutuhan dasar harian terpenuhi.

Koordinasikan dengan sektor yang relevan untuk menelusuri keluarga yang terpisah, sehingga para pasien dapat berkomunikasi dengan mereka.

Bekerja dengan jejaring layanan komunitas yang ada, yang sering melatih fasilitator layanan berbasis rumah dan pekerja psikososial komunitas, untuk memberikan tambahan dukungan bagi pasien dan anggota-anggota keluarga dan dapat membantu layanan kesehatan rumahan jika diperlukan (seperti untuk warga yang hidup dengan HIV).

Dukungan rohani: Semua dukungan harus berdasarkan permintaan pasien atau keluarga. Bekerja dengan pemimpin agama setempat untuk mengidentifikasi pemberi rawatan rohani yang berbagi iman atau keyakinan dengan pasien. Petugas ini dapat bertindak sebagai suatu sumber untuk pasien, perawat dan pelaku-pelaku kemanusiaan.

Arahkan pemimpin agama setempat mengenai prinsip-prinsip utama dukungan psikososial bagi pasien yang menghadapi kesehatan serius.

Bentuk mekanisme yang diandalkan terhadap rujukan bilateral antara sistem layanan kesehatan dan pemimpin rohani untuk setiap pasien, pengasuh atau anggota keluarga yang memerlukannya.

Pastikan dukungan untuk praktik pemakaman aman dan bermartabat bekerjasama dengan komunitas setempat, sesuai dengan pedoman nasional atau internasional. ⊕ Lihat Standar 1.1 Sistem Kesehatan: Penyampaian Layanan Kesehatan.



Lampiran 1

Daftar Periksa Penilaian Kesehatan

Persiapan

- Dapatkan informasi tersedia mengenai penduduk terdampak krisis.
- Dapatkan peta yang tersedia, foto udara atau citra satelit, dan data sistem informasi geografis wilayah terdampak.
- Dapatkan data demografis, administratif dan kesehatan.

Keamanan dan akses

- Tentukan adanya bencana akibat fenomena alam atau akibat ulah manusia yang masih berlangsung.
- Tentukan situasi keamanan umum, termasuk keberadaan angkatan bersenjata.
- Tentukan akses yang dimiliki organisasi kemanusiaan terhadap penduduk terdampak krisis.

Demografi dan struktur sosial

- Tentukan ukuran penduduk terdampak krisis, dipilah menurut jenis kelamin, usia dan disabilitas.
- Identifikasi kelompok yang risikonya meningkat, seperti perempuan, anak-anak, warga lanjut usia penyandang disabilitas, warga hidup dengan HIV atau kelompok-kelompok terpinggirkan.
- Tentukan ukuran rumah tangga rata-rata dan estimasi jumlah rumah tangga yang dikepalai oleh perempuan dan anak.
- Tentukan struktur sosial yang ada dan norma-norma gender, termasuk posisi yang berwenang dan atau memengaruhi komunitas dan rumah tangga.

Latar belakang informasi kesehatan

- Identifikasi permasalahan kesehatan yang ada di wilayah terdampak krisis sebelum kedaruratan.
- Identifikasi permasalahan kesehatan yang sudah ada di ada di negara asal pengungsi, atau di wilayah asal dari pengungsi internal.
- Identifikasi risiko-risiko terhadap kesehatan yang ada, misalnya potensi penyakit-penyakit menular.
- Identifikasi hambatan-hambatan yang ada sebelumnya dan yang ada saat ini terhadap layanan kesehatan, norma-norma sosial dan keyakinan, termasuk praktik-praktik baik dan berbahaya.
- Identifikasi sumber-sumber layanan kesehatan sebelum krisis.
- Analisis beragam aspek sistem kesehatan dan kinerjanya. ⊕ Lihat Standar 1.1 - 1.5 Sistem Kesehatan.

Tingkat Kematian

- Hitung tingkat kematian kasar
- Hitung tingkat kematian sesuai golongan usia (misalnya tingkat kematian anak di bawah usia 5 tahun).

- Hitung tingkat kematian dengan penyebab khusus
- Hitung tingkat kematian proporsional.

Tingkat Kesakitan

- Tentukan tingkat insiden kondisi kesehatan utama yang penting untuk Kesehatan masyarakat.
- Tentukan tingkat insiden spesifik usia dan jenis kelamin untuk kondisi kesehatan utama bila memungkinkan.

Sumber-sumber yang tersedia

- Tentukan kapasitas Kementerian Kesehatan negara terdampak krisis.
- Tentukan status fasilitas kesehatan nasional, termasuk jumlah total setiap layanan yang diberikan, tingkat kerusakan prasarana, dan akses.
- Tentukan jumlah dan keterampilan staf layanan kesehatan yang tersedia.
- Tentukan ketersediaan anggaran kesehatan dan mekanisme pembiayaan.
- Tentukan kapasitas dan status fungsional program kesehatan masyarakat yang ada seperti Program Imunisasi Lengkap.
- Tentukan ketersediaan protokol-protokol yang terstandar, obat-obatan yang penting, alat dan peralatan kesehatan, dan sistem logistik.
- Tentukan status sistem rujukan yang ada.
- Tentukan tingkat standar pencegahan dan penularan infeksi di fasilitas-fasilitas kesehatan.
- Tentukan status sistem informasi kesehatan yang ada.

Data dari sektor relevan lain

- Status gizi.
- Kondisi lingkungan dan WASH.
- Jenis pangan dan ketahanan pangan.
- Hunian - mutu hunian.
- Pendidikan - pendidikan kesehatan dan higiene.



Lampiran 2

Contoh formulir-formulir pelaporan pengawasan mingguan

2.1 Formulir Pengawasan Kematian (kumpulan)*

Tempat:

Tanggal dari hari Senin: Sampai Minggu:

Jumlah penduduk pada awal minggu:

Jumlah kelahiran pada minggu ini: Kematian minggu ini:

Penduduk yang tiba minggu ini (bila cocok): Berangkat minggu ini:

Jumlah penduduk pada akhir minggu: Jumlah anak usia dibawah 5 tahun:

Penyebab Kematian	Di bawah 5 tahun		Lebih 5 tahun		Total	
	Laki-laki	Perempuan	Laki-laki	Perempuan	Laki-laki	Perempuan
Penyebab langsung						
Infeksi saluran napas bawah akut						
Kolera (diduga)						
Diare - darah						
Diare - cair						
Cedera - bukan kecelakaan						
Malaria						
Kematian ibu - langsung						
Campak						
Meningitis (diduga)						
Bayi baru lahir (0-28 hari)						
Lain						
Tidak diketahui						
Jumlah sesuai usia dan jenis kelamin						
Penyebab lain						
AIDS (diduga)						
Kurang gizi						
Penyakit tidak menular (sebutkan)						
Lain						
Jumlah sesuai usia dan jenis kelamin						

- * formulir ini digunakan bila ada banyak kematian dan informasi rinci dari setiap kematian perorangan tidak dapat dikumpulkan karena keterbatasan waktu.
- 2. Penyebab lain kematian dapat ditambahkan sesuai situasi dan pola epidemiologis.
- 3. Umur dapat dipilah lebih jauh bila memungkinkan, misalnya 0-11 bulan, 1-4 tahun, 5-14 tahun, 15-49 tahun, 50-59 tahun, 60-69 tahun, 70-79 tahun, > 80 tahun.
- 4. Kematian harus dilaporkan bukan hanya dari fasilitas rumah sakit, namun harus meliputi laporan lapangan dan pemimpin agama, pekerja komunitas, kelompok perempuan dan rumah sakit-rumah sakit rujukan.
- 5. Bila mana mungkin, definisi kasus harus diletakkan di halaman belakang formulir ini.



2.2 Formulir Pengawasan Kematian (rekaman perorangan) *

Tempat:

Tanggal dari hari Senin: Sampai Minggu:

Jumlah penduduk pada awal minggu:

Jumlah kelahiran pada minggu ini: Kematian minggu ini:

Penduduk yang tiba minggu ini (bila cocok): Berangkat minggu ini:

Jumlah penduduk pada akhir minggu: Jumlah anak usia dibawah 5 tahun:

No	Jenis Kelamin (L, P)	Umur (hari=h, bulan=b, tahun=t)	Penyebab langsung kematian										Penyebab dasar								
			Infeksi saluran napas bawah akut	Kolera (diduga)	Diare - darah	Diare - cairan	Cedera - bukan kecelakaan	Malaria	Kematian ibu - langsung	Campak	Meningitis (diduga)	Bayi baru lahir (0-28 hari)	Penyakit tidak menular (sebutkan)	Lain (sebutkan)	Tidak diketahui	AIDS (diduga)	Kurang gizi	Kematian ibu (tidak langsung)	Lain (sebutkan)	Tanggal (hari/bulan/tahun)	Lokasi (sebutkan)
1																					
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					

* Formulir ini digunakan bila tidak ada waktu cukup untuk merekam data setiap kematian perorangan; ini memberi kesempatan analisis berdasarkan usia, lokasi dan tingkat penggunaan fasilitas.

Frekuensi pelaporan (harian atau mingguan) tergantung dari jumlah kematian.

Penyebab lain kematian dapat ditambahkan sesuai situasi

Kematian harus tidak hanya mencakup catatan dari catatan rumah sakit di lokasi, namun harus termasuk laporan dari lapangan dan pemimpin agama, petugas komunitas, kelompok perempuan dan rumah sakit rujukan.

Bila memungkinkan, definisi kasus harus diletakkan di belakang formulir ini.

Usia dapat dipilah bila mungkin, misalnya 0-11 bulan, 1-4 tahun, 5-14 tahun, 15-49 tahun, 50-59 tahun, > 60 tahun.

2.3 Contoh Formulir Pelaporan Peringatan Dini, Peringatan dan Respons

Formulir ini digunakan pada fase akut krisis ketika kejadian risiko kesehatan masyarakat, seperti trauma, keracunan atau kejadian luar biasa dari penyakit-penyakit yang rawan wabah tinggi.

Tanggal dari hari Senin..... hari Minggu:

Kota/desa/hunian/tenda:

Provinsi..... Kabupaten:

Kecamatan: Nama lokasi:

▪ Pasien rawat inap ▪ Pasien rawat jalan ▪ Pusat Kesehatan ▪ Klinik keliling

Lembaga pendukung:

Petugas yang melaporkan dan nomor kontak:

Jumlah penduduk: Jumlah anak di bawah 5 tahun:

A. Data Mingguan (kumpulan)

Kasus baru	Kesakitan		Kematian		Jumlah	
	>5 tahun	>5 tahun	<5 tahun	>5 tahun	<5 tahun	>5 tahun
Jumlah yang masuk						
Jumlah kematian						
Infeksi saluran pernapasan akut						
Diare cair akut						
Diare berdarah akut						
Malaria - diduga/ dipastikan						
Campak						
Meningitis - diduga						
Sindroma demam perdarahan akut						
Sindroma kuning akut						
Acute flaccid paralysis (AFP)						
Tetanus						
Demam lain > 38,5°C						



Trauma						
Keracunan bahan kimia						
Lain-lain						
Jumlah						

Mungkin lebih dari satu diagnosis; yang paling penting harus dicatat. Setiap kasus harus dihitung hanya satu kali.

- Libatkan hanya kasus yang dilihat (mati terjadi) pada minggu pengawasan.
- Tulis "0" (nol) ketika Anda tidak punya kasus atau kematian selama minggu pada satu sindroma yang terdaftar dalam formulir.
- Kematian harus dilaporkan hanya dalam bagian kematian, BUKAN dalam kolom kesakitan.
- Definisi kasus untuk setiap kondisi di bawah pengawasan harus dituliskan pada bagian belakang formulir ini.
- Penyebab kematian dapat ditambahkan atau dikurangi sesuai dengan epidemiologi dan penilaian risiko penyakit.
- Tujuan pengawasan peringatan dini, peringatan dan respons adalah penemuan dini peristiwa kesehatan masyarakat yang memerlukan respons segera.
- Data dalam kondisi-kondisi kurang gizi harus diperoleh melalui penelitian (prevalensi), daripada dengan pengawasan (insiden).

B. Peringatan Kejadian Luar Biasa (Wabah)

Setiap saat Anda menduga ada penyakit-penyakit berikut, silakan kirim pesan singkat (SMS) atau telepon atau e-mail dengan informasi maksimum mengenai waktu, tempat dan jumlah kasus dan kematian: kolera, shigellosis, campak, polio, tipus, tetanus, hepatitis A atau E, dengue, meningitis, difteri, pertussis, demam perdarahan, trauma dan keracunan kimia. Daftar penyakit-penyakit ini akan beragam tergantung epidemiologi penyakit dalam negara.

2.4 Contoh Formulir Pelaporan Pengawasan Rutin Sistem Informasi Manajemen Kesehatan

Tempat:

Tanggal dari hari Senin: Sampai Minggu:

Jumlah penduduk pada awal minggu:

Jumlah kelahiran pada minggu ini: Kematian minggu ini:

Penduduk yang tiba minggu ini (bila cocok): Berangkat minggu ini:

Jumlah penduduk pada akhir minggu: Jumlah anak usia dibawah 5 tahun:

Kesakitan	Anak di bawah 5 tahun (kasus baru)			Anak di atas atau 5 tahun (kasus baru)			Jumlah			Kasus ulangan		
	L	P	Jumlah	L	P	Jumlah	L	P	Jumlah	L	P	Jumlah
Diagnosis												
Infeksi saluran napas akut												
Diare akut cair												
Diare akut berdarah												
Malaria - diduga/ dipastikan												
Campak												
Meningitis - diduga												
Sindroma demam pendarahan akut												
Sindroma kuning akut												
Acute flaccid paralysis (AFP)												
Tetanus												
Demam >38,5oC lainnya												
HIV/AIDS												
Penyakit mata												
Penyakit kulit												
Kurang gizi akut												
Infeksi menular seksual												
Penyakit luka alat kelamin												
Nanah salurah kemih laki-laki												
Nanah vagina												
Penyakit inflamasi pelvik (PID)												
Konjungtivitis neonatal												
Sifilis bawaan												



Kesakitan	Anak di bawah 5 tahun (kasus baru)			Anak di atas atau 5 tahun (kasus baru)			Jumlah			Kasus ulangan		
	L	P	Jumlah	L	P	Jumlah	L	P	Jumlah	L	P	Jumlah
Diagnosis												
Penyakit tidak menular												
Hipertensi												
Penyakit jantung iskemik												
Diabetes												
Asma												
Penyakit paru obstruktif menahun												
Epilepsi/Kejang												
Penyakit tidak menular lainnya												
Kesehatan jiwa												
Gangguan penggunaan alkohol atau bahan lainnya												
Disabilitas intelektual dan gangguan perkembangan												
Gangguan psikotik (termasuk gangguan bipolar)												
Dementia atau delirium												
Gangguan emosi sedang- berat/ depresi												
Keluhan somatik yang tidak dapat dijelaskan secara medik												
Merusak diri (termasuk percobaan bunuh diri)												
Keluhan psikologis lain												
Cedera												
Cedera besar kepala/ tulang belakang												
Cedera badan yang besar												
Cedera tungkai besar												
Cedera sedang												
Cedera ringan												
Jumlah												

L = laki-laki; P = Perempuan

Usia dapat lebih lanjut dipilah bila memungkinkan, misalnya 0-11 bulan, 1-4 tahun, 5-14 tahun, 15-49 tahun, 50-59 tahun, >60 tahun.

Lampiran 3

Rumus untuk Menghitung Indikator Kesehatan Kunci

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

Definisi: tingkat kematian seluruh penduduk, termasuk perempuan dan laki-laki dan semua usia.

Rumus:

$$\frac{\text{Jumlah kematian selama periode tertentu}}{\text{Penduduk tengah periode yang berisiko x jumlah hari dalam periode}} \times 10.000 \text{ orang} = \text{Kematian/10.000 orang/hari}$$

Kematian Anak Berusia di bawah 5 tahun (U5MR)

Definisi: Tingkat kematian di antara anak-anak di bawah usia lima tahun dalam penduduk

Rumus:

$$\frac{\text{Jumlah anak di bawah usia 5 tahun yang meninggal selama periode waktu}}{\text{Jumlah seluruh anak di bawah 5 tahun x jumlah hari dalam periode}} \times 10.000 \text{ orang} = \text{Kematian/10.000 anak di bawah 5 tahun/hari}$$

Tingkat Insiden

Definisi: Jumlah kasus baru suatu penyakit yang terjadi selama suatu periode waktu tertentu dalam suatu penduduk yang berisiko berkembangnya penyakit.

Rumus:

$$\frac{\text{Jumlah kasus baru penyakit khusus dalam suatu periode waktu}}{\text{Penduduk berisiko berkembang penyakit x jumlah bulan dalam periode waktu}} \times 1.000 \text{ orang} = \text{Jumlah kasus baru penyakit khusus/1.000 orang/bulan}$$

Tingkat Fatalitas Kasus (CFR)

Definisi: jumlah orang yang meninggal dari suatu penyakit dibagi jumlah orang yang menderita penyakit.

Rumus:

$$\frac{\text{Jumlah orang yang meninggal dari penyakit selama periode waktu}}{\text{Penduduk yang menderita penyakit selama periode waktu}} \times 100 = \chi \%$$



Tingkat Penggunaan Fasilitas Kesehatan

Definisi: Jumlah kunjungan pasien rawat jalan per orang per tahun. Bila mungkin gambarkan suatu perbedaan antara kunjungan baru dan lama. Kunjungan baru harus digunakan untuk menghitung tingkatan ini. Walaupun demikian sering sulit membedakan antara kunjungan baru dan lama, sehingga mereka sering digabungkan sebagai jumlah kunjungan selama suatu krisis.

Rumus:

$$\frac{\text{Jumlah kunjungan dalam seminggu}}{\text{Jumlah penduduk}} \times 52 \text{ minggu} = \text{kunjungan/orang/tahun}$$

Jumlah Konsultasi Per Dokter Per Hari

Definisi: Jumlah rata-rata kunjungan (kasus baru dan ulangan) dilihat oleh setiap dokter setiap hari.

Rumus:

$$\frac{\text{Jumlah konsultasi dalam seminggu}}{\text{Jumlah dokter FTE dalam fasilitas kesehatan}} + \text{Jumlah hari fasilitas kesehatan dibuka per minggu}$$

FTE = Full-time equivalent - setara sehari merujuk jumlah dokter bekerja di suatu fasilitas kesehatan. Misalnya, ketika ada 6 dokter bekerja di unit rawat jalan, namun dua di antara mereka bekerja paruh waktu, maka jumlah dokter FTE = 4 orang penuh waktu + 2 staf paruh waktu = 5 dokter FTE.

Lampiran 4

Keracunan

Keracunan dapat terjadi bila warga terpapar bahan kimia beracun melalui mulut, hidung, kulit, mata, telinga atau melalui menelan. Anak-anak berisiko lebih tinggi karena mereka bernapas lebih cepat, mempunyai suatu wilayah permukaan lebih luas dibanding massa tubuh, kulit lebih tembus, dan lebih dekat ke tanah. Paparan beracun dapat berakibat pada perkembangan seorang anak, termasuk mengakibatkan keterbelakangan pertumbuhan dan gangguan gizi, serta dapat mengarah ke penyakit atau kematian.

Manajemen awal

Dalam kunjungan ke fasilitas kesehatan, ketika pasien diketahui telah terpapar atau mempunyai tanda-tanda dan gejala-gejala paparan bahan kimia:

- lakukan pencegahan terhadap staf layanan Kesehatan, termasuk pemakaian alat pelindung diri yang tepat;
- pilah pasien;
- lakukan intervensi penyelamatan jiwa;
- dekontaminasi (sebagai contoh, buka pakaian-pakaian pasien, atau cuci wilayah terdampak dengan air sabun), idealnya dilakukan di luar fasilitas kesehatan untuk mencegah paparan lebih lanjut; kemudian
- ikuti protokol lebih lanjut, termasuk pengobatan suportif.

Protokol Pengobatan

Ini beragam di tiap negara. Secara umum pemberian suatu anti racun, dan pengobatan suportif (misalnya untuk pernapasan) diperlukan.

Tabel di bawah menunjukkan gejala-gejala paparan bahan kimia dan anti racun umum..

Gejala-gejala setelah terpapar bahan kimia beracun dan pengobatan yang mungkin

Kelas bahan kimia beracun	Gambaran umum setelah paparan	Anti racun (pedoman tiap negara beragam)
Bahan saraf seperti sarin, tabun atau VX	Pupil mengecil; pandangan kabur; sakit kepala; banyak sekali lendir; dada tegang dan sulit bernapas; mual; muntah; diare; otot berkedut; kejang; hilang kesadaran	Atropin Oximes (pralidoxime, obidoxime) Benzodiazepin (untuk kejang)
Bahan lepuh seperti gas mustard	Air mata menetes berlebihan; iritasi mata; radang konjungtivitis; kerusakan kornea, mata merah, kulit melepuh dan nyeri; kesulitan bernapas.	Pengobatan suportif ± natrium tiosulfat, misalnya irigasi mata, antibiotik kulit, cuci kulit, bronkodilator, gunakan natrium tiosulfat dalam kasus berat.
Sianida	Terengah-engah; sesak napas; kejang; bingung; mual	Amil nitrit (pertolongan pertama) Natrium tiosulfat dan natrium nitrit atau dengan 4 DMAP atau hydroxocobalamin atau Dicobalt edetate.



Kelas bahan kimia beracun	Gambaran umum setelah paparan	Anti racun (pedoman tiap negara beragam)
Bahan melumpuhkan seperti BZ	Mulut dan kulit kering; takikardia; kesadaran menurun; delusi; halusinasi; hipertermia; gangguan koordinasi; pupil membesar	Physostigmine
Gas air mata dan bahan pengendalian kerusuhan	Rasa pedas dan terbakar selaput mukosa; lakrimasi; produksi air ludah berlebihan; hidung berair; dada tegang; sakit kepala, mual.	Terutama pengobatan suportif.
Klorin	Mata merah dan pengeluaran air mata; iritasi hidung dan tenggorokan; batuk; mati lemas atau rasa tersedak; napas pendek; napas mengi; suara serak; edema paru.	N acetylcysteine (NAC)
Thallium (racun tikus)	Nyeri perut; mual; muntah; diare; sembelit; kejang; delirium; depresi; rambut kepala dan rambut tubuh hilang; nyeri saraf perifer dan kelemahan anggota gerak; ataksia; defisit neuro-kognitif.	Prussian Blue
Timbal	Kehilangan nafsu makan; muntah; sembelit; nyeri perut; muka pucat; tidak perhatian; kelemahan; kelumpuhan perifer	Khelasi
Organofosfat (termasuk beberapa insektisida dan gas saraf)	Air liur berlebihan; air mata berlebihan; terkencing-kencing; buang air besar; kejang perut; muntah	Atropine Oximes (pralidoxime, obidoxime)
<i>Dimodifikasi dari WHO, Environmental Health in Emergencies guidance.</i>		

Rujukan dan Bacaan Lanjut

Kesehatan dan Hak Asasi Manusia

The Right to Health: Fact Sheet No.31. OHCHR and WHO, 2008. <http://www.ohchr.org>

Koordinasi Sipil-Militer

Civil Military Coordination dair kemihg Humanitarian Health Action. Global Health Cluster, 2011. www.who.int

Humanitarian Civil-Military Coordination: A Guide for the Military. UN OCHA, 2014. <http://www.unocha.org>

UN-CMCoord Field Handbook. UN OCHA, 2015. <https://www.unocha.org/legacy/what-we-do/coordination-tools/UN-CMCoord/publications>

Perlindungan dan Hukum Kemanusiaan Internasional

Ambulance and pre-hospital services in risk situations. ICRC, 2013. www.icrc.org

Common Ethical principles of health care in times of armed conflict and other emergencies. ICRC, Geneva, 2015. <https://www.icrc.org>

Ensuring the preparedness and security of health care facilities in armed conflict and other emergencies. ICRC, 2015. www.icrc.org

Guidance Note on Disability and Emergency Risk Management for Health. World Health Organization, 2013. <http://www.who.int>

Health Care in Danger: The responsibilities of health care personnel working in armed conflicts and other emergencies. ICRC, 2012. www.icrc.org

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action: Standard 24 Shelter and Child Protection. Child Protection Working Group (now the Alliance for Child Protection in Humanitarian Action), 2012. <https://resourcecentre.savethechildren.net>

Monitoring and Reporting Mechanism (MRM) on Grave Violations Against Children in situations of Armed Conflict. UN and UNICEF, 2014. <http://www.mrmtools.org>

Koordinasi

Health Cluster Guide. Global Health Cluster, 2009. <http://www.who.int>

Reference module for cluster coordination at the country level. IASC, 2015. www.humanitarianresponse.info

Global Health Cluster. <http://www.who.int/health-cluster/en/>

Kesehatan dalam Kedaruratan

Blanchet, K et al Evidence on public health interventions in humanitarian crises. The Lancet, 2017: <http://www.thelancet.com>

Classification and Minimum Standards for foreign medical teams in sudden onset disasters. WHO, 2013. <http://www.who.int>

Ensair kemihg Access to Health Care Operational Guidance on Refugee Protection and Solutions in Urban Areas. UNHCR, 2011. <http://www.unhcr.org>

Public Health Guide in Emergencies. The Johns Hopkins and Red Cross Red Crescent, 2008. <http://pdf.usaid.gov>



Refugee Health: An approach to emergency situations. Médecins Sans Frontières, 1997. <http://refbooks.msf.org>

Spiegel et. al. *Health-care needs of people affected by conflict: future trends and changing frameworks.* *The Lancet*, 2010. <http://www.thelancet.com>

Pedoman Klinis

Clinical Guidelines - Diagnosis and Treatment Manual. MSF, 2016. <http://refbooks.msf.org>

Keamanan

Comprehensive Safe Hospital Framework. WHO, 2015. <http://www.who.int>

Patient Safety: Making Health Safer. WHO, 2017. <http://www.who.int>

Diagnostic Errors: Education and Training, Electronic Tools, Human Factors, Medication Error, Multi-morbidity, Transitions of care. WHO, 2016. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252410/9789241511636-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Hospital Safety Index Guide for Evaluators, 2nd ed. WHO, 2015. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/258966>

Technical Series on Safer Primary Care: Patient engagement: Administrative errors. WHO, 2016. http://www.who.int/patientsafety/topics/primary-care/technical_series/en/

Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Essential environmental health standards in health care. WHO, 2008. <http://www.who.int>

Essential Water and Sanitation Requirements for Health Structures. MSF, 2009. <http://oops.msf.org>

Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. CDC, 2007 updated 2017. <https://www.cdc.gov>

Guidance for the selection and use of Personal Protective Equipment (PPE) in healthcare settings. CDC, 2004. <https://www.cdc.gov>

Guidelines for safe disposal of unwanted pharmaceuticals in and after emergencies. WHO, 1999. <http://apps.who.int>

Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes at the National and Acute Health Care Facility level. WHO, 2016. <http://www.who.int>

Management of Dead Bodies after Disasters: A field Manual for First Responders, Second Edition. ICRC, IFRC, 2016. www.icrc.org

Safe management of wastes for health-care activities, Second edition. WHO, 2014. <http://www.who.int>

Tenaga kesehatan

Classifying health workers: mapping occupations to the international standards. WHO. <http://www.who.int>

Global strategy on human resources for health. Workforce 2030. WHO, 2016. <http://www.who.int>

Human resources for Health Information System, Minimum Data Set for Health Workforce Registry. WHO, 2015. <http://www.who.int>

Health workforce requirement for universal health coverage and the SDGs. WHO, 2016. <http://www.who.int>

International Standard Classification of Occupation: Structure, group definitions and correspondence tables. ILO, 2012. <http://www.ilo.org>

WISN Workload indicators of staffing need, user's manual. WHO, 2010. <http://www.who.int>
Working together for health. World Health Report 2006. WHO 2006. <http://www.who.int>

Obat-obatan

Emergency Reproductive Health Kit. UNFPA, 2011. <https://www.unfpa.org>
Guidelines of Medicine Donations. WHO, 2010. <http://www.who.int>
Interagency Emergency Health Kit. WHO, 2015. <http://www.who.int>
Model Formulary for children. WHO, 2010. <http://apps.who.int>
Model List of Essential Medicines 20th List. WHO, 2017. <http://www.who.int>
Non-Communicable Diseases Kit. WHO, 2016. <http://www.who.int>
Revised Cholera Kits. WHO, 2015. <http://www.who.int>
The Interagency Emergency Health Kit 2017: Medicines and Medical Devices for 10 000 People for Approximately Three Months. WHO. 2017.
Management of Drugs at Health Centre Level, Training Manual. WHO, 2004. <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js7919e/>

Alat Kesehatan termasuk Alat Pendukung

Core Medical Equipment. WHO, 2011. <http://www.who.int>
Decommissioning Medical Equipment and Devices. WHO <http://www.who.int>
Global Atlas of Medical Devices. WHO, 2017. <http://www.who.int>
Guidelines on the provision of Manual Wheelchairs in less resourced settings. World Health Organization, 2008. <http://www.who.int>
Medical Device technical series: Medical device regulations, medical devices by health care facilities, needs assessment for medical devices, procurement process resource guide, medical device donations, medical equipment maintenance programme overview. WHO, 2011. <http://www.who.int>
Global Model Regulatory Framework for Medical Devices including in vitro diagnostic medical devices. WHO, 2017. http://www.who.int/medical_devices/publications/global_model_regulatory_framework_meddev/en/
List of Prequalified in vitro diagnostic products. WHO, 2011. http://www.who.int/diagnostics_laboratory/evaluations/PQ_list/en/
Priority Assistive Products List. The GATE Initiative, WHO and USAID, 2016. <http://www.who.int>

Obat-obatan yang berizin

Access to Controlled Medications Programme, WHO Briefing Note. WHO, 2012. <http://www.who.int>
Availability of Internationally Controlled Drugs: Ensair kemihg Adequate Access for Medical and Scientific Purposes. International Narcotics Control Board and WHO, 2010. <http://www.incb.org>
Availability of narcotic drugs and psychotropic substances in emergency situations, INCD report, pages 36-37. International Narcotics Control Board, 2014. www.incb.org
Ensair kemihg Balance in National Policies on Controlled Substances. Guidance for availability and accessibility of controlled medicines. WHO, 2011. <http://www.who.int>
Model Guidelines for the International Provision of Controlled Medicines for Emergency Medical Care. International Narcotics Control Board, 1996. www.incb.org/documents/



Narcotic-Drugs/Guidelines/medical_care/Guidelines_emergency_Medical_care_WHO_PSA.pdf

Produk Darah

Blood safety and availability. WHO, 2017. <http://www.who.int>

Guidelines on management of blood and blood components as essential medicines, Annex 3. WHO, 2017. <http://apps.who.int>

Universal Access to Safe Blood Transfusion. WHO, 2008. <http://www.who.int>

Pembiayaan Kesehatan

Cash-based Interventions for Health Programmes in Refugee Settings: A Review. UNHCR, 2015. <http://www.unhcr.org>

Cash for Health: Key Learnings from a cash for health intervention in Jordan. UNHCR, 2015. <http://www.unhcr.org>

Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels. WHO, 2014. <http://apps.who.int>

Removing user fees for primary health care services during humanitarian crises. Global Health Cluster and WHO, 2011. <http://www.who.int>

Doocy et al. Cash-based approaches in humanitarian emergencies, a systematic review. International Initiative for Impact Evaluation, 2016. http://www.3ieimpact.org/media/filer_public/2016/05/19/sr28-qa-sr-report-cash-based-approaches.pdf

Wenjuan Wang et al. The impact of health insurance on maternal health care utilization: evidence from Ghana, Indonesia and Rwanda. Health Policy and Planning, NCBI, 2017. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28365754

Informasi Kesehatan

IASC Guidelines: Common Operating Datasets in Disaster Preparedness and Response. IASC, 2011 <https://interagencystandingcommittee.org>

Global Reference List of 100 Core Health Indicators. WHO, 2015. <http://www.who.int>

Standards for Public Health Information Services in Activated Health Clusters and Other Humanitarian Health Coordination Mechanisms. Global Health Cluster, 2017. www.humanitarianresponse.info

Checchi et al. Public Health Information in Crisis-Affected populations. A review of methods and their use for advocacy and action. The Lancet, 2017. [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)30702-X/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)30702-X/abstract)

Creating a master health facility list. WHO, 2013. http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_CreatingMFL_draft.pdf

Thierin, M. Health Information in Emergencies. WHO Bulletin, 2005. <http://www.who.int/bulletin/volumes/83/8/584.pdf>

Penilaian Kebutuhan Kesehatan dan Prioritas Layanan Kesehatan

Assessment Toolkit: Practical steps for the assessment of health and humanitarian crises. MSF, 2013. <http://evaluation.msf.org>

Global Health Observatory Data Repository: Crude birth and death rate by country. World Health Organization, 2017. <http://apps.who.int>

Rapid Risk Assessments of Acute Public Health Events. WHO, 2012. <http://www.who.int>

SARA Service Availability and Readiness Assessment Survey. WHO/USAID, 2015. <http://www.who.int>

Checchi, F et al. *Public health in crisis-affected population. A practical guide for decision makers, Network Paper 61. Humanitarian Practice Network, December 2007.* <https://odihpn.org/resources/public-health-in-crisis-affected-populations-a-practical-guide-for-decision-makers/>

Prioritising Health Services in humanitarian crises. Health and Education Research Team, 2014. <http://www.heart-resources.org/2014/03/prioritising-health-activities-in-humanitarian-crises/>

Waldman, R.J. *Prioritising health care in complex emergencies. The Lancet, 2001.* [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(00\)04568-2/fulltext?_eventId=login](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(00)04568-2/fulltext?_eventId=login)

World Health Statistics, 2016: Monitoring for the SDGs. WHO, 2016. http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/

Pencegahan Penyakit Menular

Integrated Vector Management in Humanitarian Emergencies Toolkit. MENTOR Initiative and WHO, 2016. <http://thementorinitiative.org>

Vaccination in Acute Humanitarian Crises: A Framework for Decision Making. WHO, 2017. <http://www.who.int>

Vaccination in Humanitarian Emergencies, Implementation Guide. WHO, 2017. http://www.who.int/immunization/documents/general/who_ivb_17.13/en/

Penyakit-penyakit Menular (Penyakit Khusus)

Dengue: Guidelines for Diagnosis, Treatment, Prevention and Control: New Edition. WHO, 2009. <http://www.who.int>

Guidelines for the control for shigellosis. WHO, 2005. <http://www.who.int>

Interim Guidance Document on Cholera surveillance. Global Task Force on Cholera Control and WHO, 2017. <http://www.who.int>

Liddle, K et al. *TB Treatment in a Chronic Complex Emergency: Treatment Outcomes and Experiences in Somalia. Trans R Soc Trop Med Hyg, NCBI, 2013.* www.ncbi.nlm.nih.gov

Managing Meningitis Epidemics in Africa. WHO, 2015. <http://apps.who.int>

Management of a measles epidemic. MSF, 2014. <http://refbooks.msf.org>

Meningitis Outbreak Response in Sub-Saharan Africa. WHO, 2014. <http://www.who.int>

Pandemic Influenza Preparedness (PIP) Framework for the sharing of influenza viruses and access to vaccines and other benefits. WHO, 2011. <http://apps.who.int>

Deteksi dan Respons Dini Kejadian Luar Biasa (Wabah)

Early detection, assessment and response to acute public health events, Implementation of Early Warning and Response with a focus on Event-Based Surveillance. WHO, 2014. <http://www.who.int>

"Early warning, alert and response (EWAR): a key area for countries preparedness for Health Emergencies. WHO, 2018. Weekly Epidemiological Record. WHO. <http://www.who.int>

Early warning, alert and response (EWAR) a key area for countries preparedness for Health Emergencies. WHO, 2018. <http://apps.who.int>

Weekly Epidemiological Record. WHO. <http://www.who.int>

Outbreak Surveillance and Response in Humanitarian Crises, WHO guidelines for EWAR implementation. WHO, 2012. <http://www.who.int>

Checklist and Indicators for Monitoring Progress in the Development of IHR Core Capacities in States Parties. WHO, 2013. <http://www.who.int/ihr/publications/checklist/en/>



Integrated Disease Surveillance and Response Community Based Surveillance Training Manual. WHO, 2015. <http://www.afro.who.int/publications/integrated-diseases-surveillance-and-response-african-region-community-based>

Kesiapsiagaan dan Respons Kejadian Luar Biasa (Wabah)

Communicable disease control in emergencies, A field Manual. WHO, 2005. <http://www.who.int>

Epidemic Preparedness and Response in Refugee Camp Settings, Guidance for Public health officers. UNHCR, 2011. <http://www.unhcr.org>

Outbreak Communication Planning Guideline. WHO, 2008. <http://www.who.int>

Key messages for social mobilization and community engagement in intense transmission areas, Ebola. WHO, 2014. <http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/social-mobilization-guidance/en/>

Kesehatan Bayi Baru Lahir dan Anak

IMCI Chart Booklet. WHO, 2014. <http://www.who.int>

Integrated Community Case Management in Acute and Protracted Emergencies: case study for South Sudan. IRC and UNICEF, 2017. <https://www.rescue.org>

Newborn Health in Humanitarian Settings Field Guide Interim Version. IAWG RH in Crises, 2016. <http://iawg.net>

Overview and Latest update on iCCM: Potential for Benefit to Malaria Programs. UNICEF and WHO, 2015. www.unicef.org

Polio vaccines: WHO position Paper Weekly epidemiological record. WHO, 2016. <http://www.who.int>

Updates on HIV and infant feeding. UNICEF, WHO, 2016. <http://www.who.int>

Disaster Preparedness Advisory Council, Ensuring the Health of Children in Disasters. Pediatrics. 2015. <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2015/10/13/peds.2015-3112>

Hoddinott, J. Kinsey, B. Child growth in the time of drought. Oxford Bulletin of Economics and Statistics. 2001. https://are.berkeley.edu/courses/ARE251/2004/papers/Hoddinott_Kinsey.pdf

Including children with disabilities in humanitarian action, Health Booklet. UNICEF, 2017. <http://training.unicef.org/disability/emergencies/index.html>

Revised WHO classification and treatment of childhood pneumonia at health facilities, evidence summaries. WHO, 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137319/1/9789241507813_eng.pdf

Kesehatan Seksual dan Reproduksi

Adolescent Sexual and Reproductive Health Toolkit for Humanitarian Settings. UNFPA and Save the Children, 2009. <http://iawg.net>

Inter-Agency Reproductive Health Kits for Crisis Situations, 5th Edition. UNFPA/IAWG, 2011. <http://iawg.net>

Inter-agency Field Manual on Sexual and Reproductive Health in Humanitarian Settings. IAWG on Reproductive Health in Crises and WHO, 2018. <http://www.who.int>

Medical eligibility criteria wheel for contraceptive use. WHO, 2015. <http://who.int>

Minimum Initial Service Package (MISP) for Reproductive Health in Crisis Situations: A

distance learning module. IWAG and Women's Refugee Commission. 2011. <http://iawg.net>
Selected practice recommendations for contraceptive use, Third Edition. WHO, 2016. <http://www.who.int>

Safe abortion: Technical & policy guidance for health systems. WHO, 2015. <http://www.who.int>

Kekerasan Seksual dan Penatalaksanaan Klinis Perkosaan

Clinical Care for Sexual Assault Survivors. International Rescue Committee, 2014. <http://iawg.net>

Caring for Child Survivors of Sexual Abuse Guidelines for health and psychosocial service providers in humanitarian settings. IRC and UNICEF, 2012. <https://www.unicef.org>

Clinical Management of Rape Survivors: Developing protocols for use with refugees and internally displaced persons, Revised Edition, pp.44–47. WHO, UN Population Fund, and UNHCR, 2004. www.who.int

Clinical Management of Rape Survivors: E-Learning. WHO 2009. <http://apps.who.int>

Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action, Reducing Risk, promoting resilience and aiding recovery. Inter-Agency Standing Committee, 2015. <https://gbvguidelines.org>

Guidelines for Medico-Legal Care of Victims of Sexual Violence. WHO, 2003. <http://www.who.int>

HIV

Consolidated Guidelines on the Use of ART Drugs for Treating and Preventing HIV Infection: Recommendations for a public health approach - Second edition. WHO, 2016. www.who.int

Guidelines for Addressing HIV in Humanitarian Settings. UNAIDS and IASC, 2010. <http://www.unaids.org>

Guidelines for the delivery of antiretroviral therapy to migrant and crisis-affected populations in Sub Saharan Africa. UNHCR, 2014. <http://www.unhcr.org>

Guidelines for management of sexually transmitted infections. WHO, 2003. www.emro.who.int

Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of Cotrimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among adults, adolescents and children. WHO, 2014. <http://www.who.int>

HIV prevention in emergencies. UNFPA, 2014. <http://www.unfpa.org>

PMTCT in Humanitarian Settings Inter-Agency Task Team to Address HIV in Humanitarian Emergencies Part II: Implementation Guide. Inter-Agency Task Team, 2015. <http://iawg.net>

WHO policy on collaborative TB/HIV activities Guidelines for national programmes and other stakeholders. WHO, 2012. <http://www.who.int>

Layanan Cedera dan Trauma

American Heart Association Guidelines for CPR & ECC. American Heart Association, 2015 and 2017. <https://eccguidelines.heart.org>

Anaesthesia Handbook, Annex 3: ICRC Pain Management. Reversed WHO pain management ladder. ICRC, 2017. <https://shop.icrc.org>

Child Protection in Humanitarian Action Review: Dangers and injuries. Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, 2016. <https://resourcecentre.savethechildren.net>



Classification and Minimum Standards for Foreign Medical Teams in Sudden Onset Minimum Technical Standards and Recommendations for Rehabilitation. WHO, 2016. <http://apps.who.int>

Disasters. WHO, 2013. <http://www.who.int>

eCBHFA Framework Community Based Health and First Aid. ICRC, 2017. <http://ifrc-ecbhfa.org>

EMT minimum data set for reporting by emergency medical teams. WHO, 2016. <https://extranet.who.int>

Guidelines for trauma quality improvement programmes. World Health Organization, 2009. <http://apps.who.int>

International First Aid and Resuscitation Guidelines. IFRC, 2016. www.ifrc.org

Interagency initiative comprising a set of integrated triage tools for routine, surge and pre-hospital triage allowing smooth transition between routine and surge conditions. WHO and ICRC. <http://www.who.int>

Recommended Disaster Core Competencies for Hospital Personnel. California Department of Public Health, 2011. <http://cdphready.org>

Technical Meeting for Global Consensus on Triage. WHO and ICRC, 2017. <https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info>

The European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation. European resuscitation council, 2015. <https://cprguidelines.eu>

The WHO Trauma Care Checklist. WHO, 2016. <http://www.who.int>

von Schreeb, J et al. *Foreign field hospitals in the recent sudden-onset disasters in Iran, Haiti, Indonesia, and Pakistan.* *Prehospital Disaster Med*, NCBI, 2008. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

War Surgery, Working with limited resources in armed conflict and other situations of violence. International Committee of the Red Cross, 2010. <https://www.icrc.org>

Emergency Trauma Care. World Health Organization, 2017. <http://www.who.int/emergencycare/gaci/activities/en/>

EMT initiative. WHO, 2017. <https://extranet.who.int/emt/page/home>

Global guidelines for the prevention of surgical site infection. WHO, 2016. <http://www.who.int/gpsc/ssi-prevention-guidelines/en/>

Implementation Manual Surgical Safety Checklist, First Edition. WHO, World Alliance for Patient Safety, 2008 http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ss_checklist/en/

Joshi, GP et al. *Defining new directions for more effective management of surgical pain in the United States: highlights of the inaugural Surgical Pain Congress™.* *The American Surgeon*, NCBI, 2014. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24666860>

Malchow, Rj et al. *The evolution of pain management in the critically ill trauma patient: Emerging concepts from the global war on terrorism.* *Critical Care Medicine*, NCBI, 2008. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18594262>

Providing Care for an Influx of Wounded. MSF, 2008. <http://oops.msf.org/OCBLog/content/OOPSLOGV3/LOGISTICS/operational-tools/Pocket%20guide%20to%20Case%20Management%20of%20an%20Influx%20of%20Wounded%20OCB-v2.0-2008.pdf/Pocket%20guide%20to%20Case%20Management%20of%20an%20Influx%20of%20Wounded%20OCB-v2.0-2008.pdf>

Kesehatan Jiwa

A faith-sensitive approach in humanitarian response: Guidance on mental health and psychosocial programming. The Lutheran World Federation and Islamic Relief Worldwide, 2018. <https://interagencystandingcommittee.org>

A Common Monitoring and Evaluation Framework for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. IASC, 2017. <https://reliefweb.int>

Assessing Mental Health and Psychosocial Needs and Resources: Toolkit for Humanitarian Settings. WHO and UNHCR, 2012. <http://www.who.int>

Building back better: sustainable mental health care after emergencies. WHO, 2013. <http://www.who.int>

Facilitate community self-help and social support (action sheet 5.2) in guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. IASC, 2007. <https://interagencystandingcommittee.org>

Group Interpersonal Therapy (IPT) for Depression. WHO, 2016. <http://www.who.int>

Inter-Agency Referral Form and Guidance Note for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. IASC, 2017. <https://interagencystandingcommittee.org>

mhGAP Humanitarian Intervention Guide: Clinical Management of Mental, Neurological and Substance Use Conditions in Humanitarian Settings. WHO and UNHCR, 2015. <http://www.unhcr.org>

Problem Management Plus (PM+): Individual psychological help for adults impaired by distress in communities exposed to adversity. WHO, 2016. <http://www.who.int>

Psychological First Aid: Guide for Field Workers. WHO, War Trauma Foundation and World Vision International, 2011. <http://www.who.int>

Psychological First Aid Training Manual for Child Practitioners. Save the Children, 2013. <https://resourcecentre.savethechildren.net>

Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings in Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Emergencies: What Should Humanitarian Health Actors Know. IASC, 2010. <http://www.who.int>

Toolkit for the Integration of Mental Health into General Healthcare in Humanitarian Settings. International Medical Corps, 2018. http://www.mhinnovation.net/collaborations/IMC-Mental-Health-Integration_Toolkit

Penyakit-penyakit Tidak Menular

Disaster Risk Management for Health: Non-Communicable Diseases Fact Sheet 2011. WHO, 2011. <http://www.who.int>

Jobanputra, K. Boule, P. Roberts, B. Perel, P. Three Steps to Improve Management of Noncommunicable Diseases in Humanitarian Crises. PLOS Medicine, 2016. <http://journals.plos.org>

Lozano et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systemic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. The Lancet, 2012. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

NCD Global Monitoring Framework. WHO, 2013. <http://www.who.int>

NCDs in Emergencies – UN Interagency Task Force on NCDs. WHO, 2016. <http://www.who.int>

Slama, S et al. Care of Non-Communicable Diseases in Emergencies. The Lancet, 2016. <http://www.thelancet.com>



WHO Package of Essential Non-Communicable Disease Interventions, Tools for implementing WHO PEN. WHO, 2009. <http://www.who.int>

Action Plan for the global strategy for the prevention and control of non-communicable diseases 2008/2013. WHO, 2009. <http://www.who.int/nmh/publications/9789241597418/en/>

Demayo, A. Jamieson, J. Horn, R. de Courten, M. Tellier, S. Non-Communicable Diseases in Emergencies: A Call to Action. PLOS Currents Disasters, 2013. <http://currents.plos.org/disasters/article/non-communicable-diseases-in-emergencies-a-call-to-action/>

Global Status Report on Non-communicable diseases. WHO, 2010. http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/

The Management of cardiovascular disease, diabetes, asthma and chronic obstructive pulmonary disease in Emergency and Humanitarian Settings. WHO, 2008.

Layanan Paliatif

Caring for Volunteers Training Manual. Psychosocial Centre IFRC, 2015. <http://pscentre.org>

Disaster Spiritual Care Handbook. Disaster Services, American Red Cross, 2012. <https://interagencystandingcommittee.org>

Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks. WHO, 2016. <http://apps.who.int>

IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings. IASC, 2007. <http://www.who.int>

IAHPC List of Essential Medicines for Palliative Care. International Association for Hospice and Palliative Care, 2007. <https://hospicecare.com>

Matzo, M et al. Palliative Care Considerations in Mass Casualty Events with Scarce Resources. Biosecurity and Bioterrorism, NCBI, 2009. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

Powell, RA. Schwartz, L. Nouvet, E. Sutton, B. et al. Palliative care in humanitarian crises: always something to offer. The Lancet, 2017. <http://www.thelancet.com>

Palliative Care, Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes. WHO, 2007. <http://www.who.int>

Silove, D. The ADAPT model: a conceptual framework for mental health and psychosocial programming in post conflict settings. War Trauma Foundation, 2013. <https://www.interventionjournal.com>

Nouvet, E. Chan, E. Schwartz, LJ. Looking good but doing harm? Perceptions of short-term medical missions in Nicaragua. Global public health, NCBI, 2016. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

19th WHO Model List of Essential Medicines chapter 2.2, Medicines for pain and palliative care. WHO, 2015. <http://www.who.int>

Layanan paliatif (untuk pasien sekarat)

A faith-sensitive approach in humanitarian response: Guidance on mental health and psychosocial programming. The Lutheran World Federation and Islamic Relief Worldwide, 2018. <https://interagencystandingcommittee.org/mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/documents-public/inter-agency-faith>

Crisis Standards of Care: A Systems Framework for Catastrophic Disaster Response. Institute of Medicine. 2012. <https://www.nap.edu/catalog/13351/crisis-standards-of-care-a-systems-framework-for-catastrophic-disaster>

Ethics in epidemics, emergencies and disasters: research, surveillance and patient care: training manual. WHO, 2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/196326/9789241549349_eng.pdf?sequence=1

Faith Leader Toolkit. Coalition for Compassionate Care in California, 2017. <http://coalitionccc.org/tools-resources/faith-leaders-toolkit/>

Knaul, F. Farmer, P.E. et al. Report of the Lancet Commission on Global Access to Palliative Care & Pain Control. *The Lancet*, 2017. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29032993>

Keracunan

Initial Clinical management of patients exposed to chemical weapons. WHO, 2015. <http://www.who.int>

Chemical Hazards Compendium. UK Government, 2013. <https://www.gov.uk/government/collections/chemical-hazards-compendium>

Emergency preparedness and Response, Fact Sheets on Specific Chemical Agents. Center for Disease control and prevention, 2013. <https://emergency.cdc.gov/chemical/factsheets.asp>

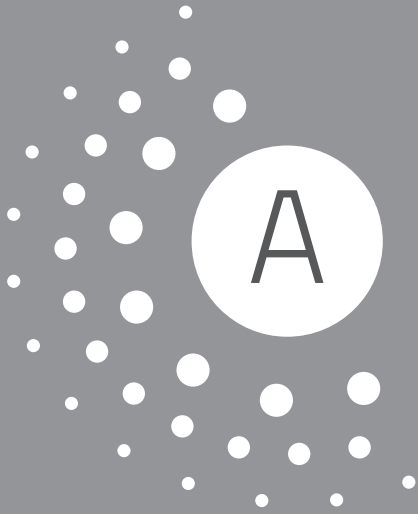
Guidelines for the Identification and Management of Lead Exposure in Pregnant and Lactating Women. CDC, 2010. <https://www.cdc.gov/nceh/lead/publications/leadandpregnancy2010.pdf>

The Public Health Management of Chemical Incidents, WHO Manual. WHO, 2009. http://www.who.int/entity/environmental_health_emergencies/publications/Manual_Chemical_Incidents/en/index.html

Bacaan Lanjut

Untuk bacaan lanjut silahkan kunjungi laman www.spherestandards.org/handbook/online-resources





Tambahan
The Sphere
Handbook

Daftar Isi

Lampiran 1: Dasar Hukum Sphere.....	385
Lampiran 2: Kode Etik Gerakan Palang Merah dan Bulan Sabit Merah Sedunia dan Organisasi Non-Pemerintah dalam Respons Bencana	399
Lampiran 3: Singkatan dan Akronim.....	406

Lampiran 1

Dasar Hukum Sphere

Piagam Kemanusiaan membagikan keyakinan dan prinsip umum terkait aksi dan tanggung jawab kemanusiaan dalam situasi bencana atau konflik, dan mencatat bahwa ini dicerminkan hukum internasional. Di bawah ini daftar catatan dokumen-dokumen kunci yang meliputi perangkat hukum internasional yang paling relevan terkait hukum hak asasi internasional (IHL), hukum pengungsi dan aksi kemanusiaan. Catatan ini tidak bermaksud mewakili hukum regional dan pembangunan. Sumber-sumber lebih lanjut dan tautan jaringan menuju sejumlah pedoman lain, prinsip, standar dan kerangka kerja yang mendukung pelaksanaan tersedia di situs Sphere, www.spherestandards.org. Catatan ini hanya memberikan dokumen yang memerlukan penjelasan, tambahan lebih baru, atau memiliki bagian khusus mengenai bencana atau konflik.

Buku Pedoman Sphere mencerminkan keprihatinan khusus yang merupakan kerangka kerja hukum internasional. Umumnya ini meliputi hak terhadap keamanan perorangan dan martabat, bebas dari diskriminasi, dan hak atas air bersih dan sanitasi, hunian, ketahanan pangan dan gizi, dan layanan Kesehatan. Sementara beberapa dari hak-hak ini dinyatakan secara khusus dalam perjanjian internasional, hak-hak ini juga termasuk dalam salah satu perangkat hak-hak asasi umum dan juga hak-hak sipil dan politik atau ekonomi, sosial dan budaya.

Tambahan ini meliputi dokumen-dokumen yang diorganisir secara tematik dalam lima golongan:

1. **Hak-hak manusia, perlindungan dan kerentanan**
2. **Konflik bersenjata dan bantuan kemanusiaan**
3. **Pengungsi dan warga pengungsi internal**
4. **Bencana dan bantuan kemanusiaan**
5. **Kerangka kerja kebijakan kemanusiaan, pedoman dan prinsip-prinsip mengenai hak-hak asasi manusia, perlindungan dan kerentanan dalam kesiapsiagaan darurat dan respons** www.spherestandards.org/handbook/online-resources

Untuk memastikan kejelasan mengenai status setiap dokumen dalam penggolongan ini, dokumen digolongkan sebagai: a). perjanjian dan hukum adat atau; b). Pedoman dan prinsip-prinsip antar pemerintahan yang ditetapkan Perserikatan Bangsa-Bangsa dan lainnya yang secara formal.



1. Perangkat internasional mengenai hak-hak asasi manusia, perlindungan dan kerentanan

Dokumen-dokumen di bawah ini berhubungan terutama dengan hak-hak asasi manusia yang dikenali dalam perjanjian dan pernyataan internasional. Sejumlah dokumen utama berkaitan dengan usia (anak dan lanjut usia), jenis kelamin dan disabilitas juga termasuk, sebab ada beberapa dasar yang paling umum mengenai kerentanan dalam bencana dan konflik.

1.1 Perjanjian-perjanjian dan hukum adat mengenai hak-hak asasi manusia, perlindungan dan kerentanan

Hukum perjanjian hak-hak asasi manusia diterapkan pada negara-negara yang adalah anggota dari perjanjian yang relevan, namun hukum adat (sebagai contoh, larangan penyiksaan) diterapkan pada semua negara. Hukum hak-hak asasi manusia diterapkan setiap saat, dengan dua kemungkinan pengecualian:

- Beberapa hak-hak sipil dan politik terbatas mungkin ditangguhkan pada saat dinyatakan kedaruratan nasional, sesuai dengan Artikel 4 - Kovenan Internasional mengenai Hak-hak Sipil dan Politik ("penghinaan")
- Selama konflik bersenjata yang diakui, IHL (Hukum kemanusiaan internasional) diterapkan pertama ketika ada ketidakkonsistenan dengan hukum hak-hak asasi manusia..

1.1.1 Hak-hak asasi manusia universal

Deklarasi Universal Hak-hak Asasi Manusia 1948 (DUHAM) diadopsi oleh Sidang Umum PBB Resolusi Majelis 217 A(III) pada tanggal 10 Desember 1948, www.un.org

Komentar: Dinyatakan dalam Sidang Umum PBB pada tahun 1948, DUHAM mulai pertama kali, hak-hak asasi manusia dasar secara universal dilindungi. Ini bukanlah suatu perjanjian, namun secara umum disepakati menjadi bagian dari hukum adat internasional. Kalimat pertama dalam mukadimah mengenalkan konsep "martabat yang melekat" makhluk manusia sebagai suatu dasar untuk hak-hak asasi manusia, dan Artikel 1 menyatakan, "Semua makhluk manusia dilahirkan bebas dan setara dalam martabat dan hak-hak."

Kovenan Internasional mengenai Hak-hak Sipil dan Internasional 1966 (ICCPR), ditetapkan oleh Sidang Umum PBB Resolusi Majelis 2200A (XXI) pada tanggal 16 Desember 1966, diberlakukan 23 Maret 1976, Perserikatan Bangsa-Bangsa, Seri Perjanjian, vol. 999 hal. 171 dan hal. 1057, hal. 407, www.ohchr.org

Pilihan Kedua Protokol ICCPR 1989 (bertujuan untuk menghapuskan hukuman mati), ditetapkan oleh Sidang Umum PBB Resolusi Majelis 44/128 pada tanggal 15 Desember 1989, diberlakukan 11 Juli 1991, Perserikatan Bangsa-Bangsa, Seri Perjanjian, vol. 1642 hal. 414, www.ohchr.org

Komentar: Negara anggota ICCPR harus menghormati dan memastikan hak-hak untuk seseorang dalam wilayah mereka atau dalam batas kekuasaan, mengakui hak "warga" untuk menentukan sendiri dan hak setara laki-laki dan perempuan. Beberapa hak (ditandai dengan bintang*) mungkin tidak pernah ditangguhkan, walaupun dalam darurat nasional yang paling menakutkan.

Hak-hak ICCPR: hak untuk hidup; *tanpa penyiksaan atau tindakan kejam lain, tidak manusiawi atau menghina;" tidak ada perbudakan;*tidak ada penangkapan atau penahanan;* kebebasan berpindah dan bertempat tinggal; hanya pengusiran sah orang asing; kesetaraan di depan hukum, pengadilan yang adil dan anggapan tidak bersalah dalam pengadilan kriminal; tidak berhubungan dengan waktu yang dulu dalam pelanggaran kriminal;* pengakuan setara di depan hukum;* kehidupan privat, pikiran bebas, agama dan kesadaran;* berpendapat bebas, mengungkapkan dan berkumpul secara damai; kebebasan berkumpul; hak untuk menikah dan memiliki kehidupan keluarga; perlindungan anak; hak untuk memilih dan berpartisipasi dalam kehidupan publik; hak-hak minoritas untuk menikmati budaya, agama dan bahasanya sendiri.*

Kovenan Internasional Hak-hak Ekonomi, Sosial dan Budaya 1966 (*International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights 1966, ICESCR*), ditetapkan oleh Sidang Umum PBB Resolusi Majelis 2200A (XXI) 16 Desember 1966, diberlakukan pada tanggal 3 Januari 1976, Perserikatan Bangsa-Bangsa, Seri Perjanjian-perjanjian, vol. 993, hlm. 3 www.ohchr.org

Komentar: Setiap negara yang 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 ICESCR: 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*), ditetapkan oleh Sidang Umum PBB Resolusi Majelis 2106 (XX) pada tanggal 21 Desember 1965, diberlakukan pada tanggal 4 Januari 1969, Perserikatan Bangsa-Bangsa, Seri Perjanjian-perjanjian, vol. 660, hlm. 195. www.ohchr.org

Konvensi Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi terhadap Perempuan 1979 (*Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women 1979, CEDAW*), ditetapkan oleh Sidang Umum PBB Resolusi Majelis 34/180 pada tanggal 18 Desember 1979, diberlakukan sejak tanggal 3 September 1981, Perserikatan Bangsa-Bangsa, Seri Perjanjian-perjanjian, vol. 1249, hlm. 13. www.ohchr.org

Konvensi Hak-hak Anak 1989 (*Convention on the Rights of the Child 1989, CRC*), ditetapkan oleh Sidang Umum PBB Resolusi Majelis 44/25 pada tanggal 20 November 1989, diberlakukan sejak tanggal 2 September 1990, Perserikatan Bangsa-Bangsa, Seri Perjanjian-perjanjian, vol. 1577, hlm. 3. www.ohchr.org

Protokol Pilihan mengenai Pelibatan Anak dalam Konflik Bersenjata 2000 (*Optional Protocol on the involvement of children in armed conflict 2000*), ditetapkan oleh Sidang Umum PBB Resolusi Majelis A/RES/54/263 pada tanggal 25 Mei 2000, diberlakukan sejak tanggal 12 February 2002, Perserikatan Bangsa-Bangsa, Seri Perjanjian-perjanjian, vol. 2173, hlm. 222. www.ohchr.org

Protokol Pilihan mengenai Penjualan Anak, Pelacuran Anak, dan Pornografi Anak 2000 (*Optional Protocol on the sale of children, child prostitution and child pornography 2000*), ditetapkan oleh Sidang Umum PBB Resolusi Majelis A/RES/54/263 pada tanggal 25 Mei 2000, mulai diberlakukan sejak tanggal 18 Januari 2002, Perserikatan Bangsa-Bangsa, Seri Perjanjian-perjanjian, vol. 2171, hlm. 227. www.ohchr.org



Komentar: CRC paling diterima oleh semua negara. Ini menyatakan ulang hak-hak dasar anak dan mengidentifikasi bila mereka membutuhkan perlindungan khusus (misalnya bila terpisah dari keluarganya).

Protokol membutuhkan aksi positif untuk isu perlindungan anak yang khusus dari negara yang menjadi bagian.

Konvensi Hak-hak Orang yang Berkebutuhan Khusus 2006 (*Convention on the Rights of Persons with Disabilities 2006, CRPD*), ditetapkan oleh Sidang Umum PBB Resolusi Majelis A/RES/61/106 pada tanggal 13 Desember 2006, diberlakukan sejak tanggal 3 Mei 2008, Pakta Perserikatan Bangsa-Bangsa, Seri Perjanjian-perjanjian, Bab IV, 15. www.ohchr.org

Komentar: 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/disabilitas, non-diskriminasi dan akses terhadap pelayanan dan sarana-sarana. Ada juga perhatian khusus "situasi berisiko dan darurat kemanusiaan." (Bab 11).

1.1.2 Genosida, penyiksaan, dan pelanggaran kriminal hak-hak

Konvensi mengenai Pencegahan dan Penghukuman Genosida Kriminal 1948 (*Convention on the Prevention and Punishment of the Crime of Genocide 1948*), ditetapkan oleh Sidang Umum PBB Resolusi Majelis 260 (III) pada tanggal 9 Desember 1948, diberlakukan sejak tanggal 12 Januari 1951, Perserikatan Bangsa-Bangsa, Seri Perjanjian-perjanjian, vol. 78, hlm. 277 www.ohchr.org

Konvensi terhadap Penyiksaan dan Segala Bentuk Kekejaman, Perlakuan Tidak Manusiawi atau Merendahkan 1984 (*Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment 1984*) ditetapkan oleh Sidang Umum PBB Resolusi Majelis 39/46 pada tanggal 10 Desember 1984, diberlakukan sejak tanggal 26 June 1987, Perserikatan Bangsa-Bangsa, Seri Perjanjian-perjanjian, vol. 1465, hlm. 85. www.ohchr.org

Komentar: 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 disana.

Pengadilan Kriminal Internasional Status Roma 1998 (*Rome Statute of the International Criminal Court*), ditetapkan oleh Konferensi Diplomat di Roma, 17 Juli 1998, diberlakukan sejak tanggal 1 Juli 2002, Perserikatan Bangsa-Bangsa, Seri Perjanjian-perjanjian, vol. 2187, hlm. 3. www.icrc.org

Komentar: Bab 9 Status (Elemen Kriminalitas) ditetapkan 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 adat 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 Perjanjian), juga bila tindakan kriminal dilakukan oleh warga negara anggota Perjanjian, atau ada dalam wilayah mereka.

1.2 Perserikatan Bangsa-Bangsa dan prinsip-prinsip dan panduan antar pemerintah yang ditetapkan secara formal lainnya mengenai hak asasi manusia, perlindungan dan kerentanan

Rencana Aksi Internasional Madrid mengenai Lanjut Usia 2002, Sidang Sedunia PBB mengenai Lanjut Usia, Madrid, 2002, disetujui oleh Sidang Umum PBB Resolusi Majelis 37/51 pada tanggal 3 Desember 1982. www.ohchr.org

Prinsip-prinsip untuk Orang-orang Lanjut Usia Perserikatan Bangsa Bangsa 1991, Sidang Umum PBB Resolusi Majelis 46/91 pada tanggal 16 Desember 1991. www.ohchr.org



2. Konflik Bersenjata, Hukum Kemanusiaan Internasional, dan Bantuan kemanusiaan

2.1 Perjanjian dan hukum adat 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, 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

Komentar: 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 memperbaiki protokol konvensi pada waktu itu, khususnya definisi pihak bersenjata dan mengkodifikasi konflik-konflik noninternasional. Sejumlah negara belum menandatangani protokol ini.

2.1.2 Perjanjian-perjanjian 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 ranjau darat dan munisi tandan. www.icrc.org

2.1.3 Hukum adat kemanusiaan internasional

Hukum adat kemanusiaan internasional merujuk pada hukum konflik bersenjata yang diterima oleh negara, melalui penyertaan, kebijakan dan praktik-praktik 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

Komentar: Penelitian 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, penelitian ini muncul dari proses konsultasi luas dan 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 ditetapkan 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.undocs.org

Komentar: 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 Komite Antar Lembaga (*Inter-Agency Standing Committee, IASC*).

Resolusi Sidang Keamanan PBB mengenai kekerasan seksual dan perempuan dalam konflik bersenjata (*UN Security Council Resolution on sexual violence and women in armed conflict*), khususnya resolusi pertama nomor 1325 (2000) mengenai perempuan, perdamaian, dan keamanan, yang merupakan suatu tonggak arah dalam penanganan kekerasan terhadap perempuan dalam situasi konflik bersenjata, dan juga Resolusi nomor 1820 (2008), 1888 (2009) and 1889 (2009) dan Resolusi nomor 1325 (2012). Semua Resolusi Dewan Keamanan PBB berdasarkan tahun dan nomor tersedia di: www.un.org



3. Pengungsi dan Pengungsi Internal

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 teladan yang bersejarah.

Konvensi berkaitan Status Pengungsi 1951 (yang diamandemenkan), ditetapkan 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, Seri Perjanjian-perjanjian, vol. 189, hlm. 137, www.unhcr.org

Protokol berkaitan dengan Status Pengungsi 1967, dicatat oleh Sidang Umum PBB, dalam Resolusi 2198 (XXI) 2 of 16 Desember 1966, Perserikatan Bangsa-Bangsa, Seri Perjanjian-perjanjian, vol. 606, hlm. 267. www.unhcr.org

Komentar: 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, ditetapkan oleh para Pemimpin Negara dan Pemerintah pada Sesi Umum keenam, Addis Ababa, 10 September 1969. www.unhcr.org

Komentar: Ini menerima dan meluaskan definisi konvensi 1951 dengan memasukkan orang yang dipaksa meninggalkan negaranya tidak hanya sebagai suatu hasil penganiayaan, tetapi juga 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.

Konvensi Uni Afrika untuk Perlindungan dan Bantuan terhadap Pengungsi Internal 2009, Konvensi Kampala, diadopsi oleh Pertemuan Puncak Uni Afrika, diselenggarakan di Kampala, Uganda, 22 Oktober 2009, diberlakukan 6 Desember 2012. au.int/en/treaties/African-union-convention-protection-and-assistance-internally-displaced-persons-africa

Komentar: Ini konvensi multilateral pertama mengenai pengungsi internal.

3.2 Prinsip-prinsip dan Panduan PBB dan antar negara lainnya yang secara formal ditetapkan 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 "suatu kerangka internasional penting untuk perlindungan pengungsi internal". www.ohchr.org/

Komentar: Prinsip-prinsip ini berdasarkan 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 tentang bencana dan bantuan kemanusiaan

Konvensi tentang Keamanan Perserikatan Bangsa-bangsa dan Personil Terkait (*Convention on the Safety of United Nations and Associated Personnel*) 1994, ditetapkan dalam Sidang Umum PBB Resolusi 49/59 pada tanggal 9 Desember 1994, diberlakukan 15 Januari 1999, PBB, Seri Perjanjian, vol. 2051, h. 363.

Protokol Tambahan terhadap Konvensi tentang Keamanan PBB dan Personil Terkait 2005, ditetapkan dalam Sidang Umum PBB Resolusi A/60/42 8 Desember 2005, diberlakukan 19 Agustus 2010, PBB, Seri Perjanjian, vol. 2689, h.59. www.un.org

Komentar: Dalam perjanjian, perlindungan terbatas untuk Pasukan Pemeliharaan Perdamaian PBB kecuali PBB menyatakan “risiko perkecualian” – suatu persyaratan yang tidak praktis. Protokol ini memperbaiki kekurangan utama Konvensi dan meluaskan perlindungan hukum terhadap seluruh operasi PBB, dari bantuan kemanusiaan darurat sampai pemeliharaan perdamaian dan penyampaian bantuan kemanusiaan, politis dan pembangunan.

Konvensi Tampere tentang Pemberian Sumber-sumber Telekomunikasi untuk Mitigasi Bencana dan Operasi Bantuan (*Tampere Convention on the Provision of Telecommunication Resources for Disaster Mitigation and Relief Operations*) 1998, disepakati oleh Konferensi Antar Pemerintahan tentang Telekomunikasi Darurat 1998, diberlakukan 8 Januari 2005, PBB, Seri Perjanjian, vol. 2296, h. 5. www.itu.int

Kerangka Kerja PBB tentang Perubahan Iklim 1992 (*UN Framework Convention on Climate Change 1992, UNFCCC*), ditetapkan dalam Konferensi PBB tentang Lingkungan dan Pembangunan, Rio de Janeiro, 4 - 14 Juni 1992, disambut baik dalam Sidang Umum PBB dalam Resolusi 47/195 pada tanggal 22 Desember 1992, diberlakukan 21 Maret 1994, PBB, Seri Perjanjian, vol. 1771, h. 107. unfccc.int

- Protokol **Kyoto tentang UNFCCC 1997**, diadopsi pada sesi ketiga Konferensi Para Pihak (*the Conference of the Parties, COP-3*) pada Konvensi Kerangka Kerja Perubahan Iklim, Kyoto, Jepang, 1997, diberlakukan 16 Februari 2005, PBB, Seri Perjanjian, vol. 2303, h. 148. unfccc.int
- Perjanjian Paris 2015 (***Paris Agreement 2015***), diadopsi dalam sesi ke 21 dalam Konferensi Para Pihak (*Conference of the Parties to the Framework Convention, COP-21*), Paris, Perancis, Desember 2015, diberlakukan November 2016. unfccc.int

Komentar: The UNFCCC, Protokol Kyoto dan Perjanjian Paris semuanya adalah bagian dari satu perjanjian kerangka kerja. Keduanya kebutuhan mendesak melaksanakan adaptasi perubahan iklim dan strategi pengurangan risiko serta membangun kapasitas dan ketangguhan lokal, khususnya negara-negara yang rawan terhadap bencana yang disebabkan fenomena alam, khususnya terkait perubahan iklim.

4.2 Prinsip dan Panduan PBB dan Antar Pemerintah tentang bencana dan bantuan kemanusiaan.

Penguatan koordinasi bantuan kemanusiaan darurat PBB, dengan lampiran, Prinsip Panduan, Resolusi Sidang Umum 46/182, 19 Desember 1991. www.unocha.org

Komentar: Ini menciptakan Departemen Urusan Kemanusiaan PBB, yang menjadi Kantor PBB untuk Koordinasi Urusan Kemanusiaan (OCHA) pada tahun 1998.

Kerangka Kerja untuk Pengurangan Risiko Bencana (*Sendai Framework for Disaster Risk Reduction*) 2015–2030 (*Sendai Framework*). www.unisdr.org

Komentar: Kerangka Kerja Sendai adalah perangkat pengganti Kerangka Kerja Aksi Hyogo (HFA) 2005–2015: Membangun Ketangguhan negara-negara dan Komunitas terhadap Bencana. KKS diadopsi dengan Deklarasi pada tahun 2015 dalam Konferensi Sedunia PBB ke-3 tentang Pengurangan Risiko Bencana, dan didukung oleh Sidang Umum PBB (dalam resolusi 69/283). Kantor PBB untuk Pengurangan Risiko Bencana (*The United Nations Office for Disaster Risk Reduction, UNISDR*) mendukung pelaksanaan KKS. Ini merupakan perjanjian sukarela tidak mengikat selama 15 tahun dengan sasaran untuk mengurangi risiko dan korban jiwa, mata pencaharian dan kesehatan secara substansial.

Panduan untuk fasilitasi domestik dan peraturan internasional bantuan kebencanaan dan pemulihan dini internasional (*Guidelines for the domestic facilitation and regulation of international disaster relief and initial recovery assistance, IDRL Guidelines*) 2007, diadopsi dalam Konferensi 30 Palang Merah dan Bulan Sabit Merah (yang melibatkan para pihak negara-negara penandatanganan Konvensi Geneva) www.ifrc.org



5. Kerangka Kerja Kebijakan Kemanusiaan, Panduan dan Prinsip-prinsip tentang Hak Asasi Manusia, Perlindungan dan Kerentanan dalam Kesiapsiagaan Bencana dan Respons

Saat ini ada panduan operasional umum dan spesifik tentang respons kemanusiaan dalam situasi darurat. Perangkat ini tidak lagi membedakan antara konflik bersenjata, situasi pengungsian dan respons bencana. Suatu pilihan diberikan di bawah ini dengan tema-tema: standar umum, kesetaraan gender dan perlindungan terhadap kekerasan berbasis gender; anak dalam darurat; dan pengungsi serta pengungsi internal (*internally displaced persons*. IDPs).

1. Standar-standar Sandingan Sphere

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action (CPMS). *Alliance for Child Protection in Humanitarian Action (The Alliance)*, 2012. <https://resource-centre.savethechildren.net>

Minimum Standard for Market Analysis (MISMA). *The Cash Learning Partnership (CaLP)*, 2017. www.cashlearning.org

Minimum Standards for Education: Preparedness, Response, Recovery. *Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE)*, 2010. <http://s3.amazonaws.com>

Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS). *LEGS Project*, 2014. <https://www.livestock-emergency.net>

Minimum Economic Recovery Standards (MERS). *The Small Enterprise Education and Promotion Network (SEEP)*, 2017. <https://seepnetwork.org>

Humanitarian inclusion standards for older people and people with disabilities. *Age and Disability Consortium, HelpAge International, Handicap International*, 2018. <https://reliefweb.int>

2. Kode, panduan dan pegangan lain sesuai tema

2.1 Perlindungan umum dan standar mutu dalam respons kemanusiaan

Code of Conduct for The International Red Cross and Red Crescent Movement and Non-Governmental Organisations (NGOs) in Disaster Relief ⊕ *see Annex 2.*

Fundamental Principles of the International Red Cross and Red Crescent Movement 1965, *adopted by the 20th International Conference of the Red Cross.* www.ifrc.org

IASC Operational Guidelines on the Protection of Persons in Situations of Natural Disasters. *Inter-Agency Standing Committee and Brookings–Bern Project on Internal Displacement.* 2011. <https://www.brookings.edu>

IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings 2007. *UN Inter-Agency Standing Committee.* www.who.int

IASC Guidelines on Inclusion of Persons with Disabilities in Humanitarian Action. <https://interagencystandingcommittee.org>

IASC Policy on Protection in Humanitarian Action 2016. UN Inter-Agency Standing Committee. <https://interagencystandingcommittee.org>

Principles and Good Practice of Humanitarian Donorship 2003, endorsed by the Stockholm conference of donor countries, UN agencies, NGOs and the International Red Cross and Red Crescent Movement, and signed by the European Commission and 16 states. www.ghdinitiative.org

Professional Standards for Protection Work. 2018. International Committee of the Red Cross (ICRC). <https://shop.icrc.org>

International Law and Standards Applicable in Natural Disaster Situations (IDLO Legal Manual) 2009, International Development Law Organization (IDLO). <https://www.sheltercluster.org>

2.2 Kesetaraan Gender dan Perlindungan dari Kekerasan Berbasis-Gender (GBV)

GBV Constant Companion. Global Shelter Cluster, GBV in Shelter Programming Working Group. 2016. <https://sheltercluster.org>

Gender Handbook in Humanitarian Action 2006, "Women, Girls, Boys & Men, Different Needs – Equal Opportunities, a Gender Handbook for Humanitarian Action". Inter-Agency Standing Committee. <http://www.unhcr.org>

Gender Preparedness Camp Planning: Settlement Planning, Formal Camps, Informal Settlements Guidance. Global Shelter Cluster, GBV in Shelter Programming Working Group. 2016. <https://www.sheltercluster.org>

IASC Guidelines for Integrating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Action. 2015. New York; UN Inter-Agency Standing Committee and Global Protection Cluster. www.gbvguidelines.org

Integrating Gender-Sensitive Disaster Risk Management into Community-Driven Development Programs. Guidance Notes on Gender and Disaster Risk Management. No.6. World Bank. 2012. <https://openknowledge.worldbank.org>

Making Disaster Risk Reduction Gender-Sensitive: Policy and Practical Guidelines. Geneva; UNISDR, UNDP and IUCN. 2009. <https://www.unisdr.org>

Need to Know Guidance: Working with Men and Boy Survivors of Sexual and Gender-Based Violence in Forced Displacement. UNHCR. 2011. www.globalprotectioncluster.org

Need to Know Guidance: Working with Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Intersex Persons in Forced Displacement. UNHCR. 2011. www.globalprotectioncluster.org

Predictable, Preventable: Best Practices for Addressing Interpersonal and Self-Directed Violence Dair kemih and After Disasters. Geneva; IFRC, Canadian Red Cross. 2012. www.ifrc.org



2.3 Anak-anak dalam Kedaruratan

Field Handbook on Unaccompanied and Separated Children. 2017. *Inter-agency Working Group on Unaccompanied and Separated Children; Alliance for Child Protection in Humanitarian Action.* <https://reliefweb.int>

IASC Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action. 2012. New York; *UN Inter-Agency Standing Committee and Global Protection Cluster (Child Protection Working Group).* cpwg.net

Inter-agency Guiding Principles on Unaccompanied and Separated Children. 2004. *ICRC, UNHCR, UNICEF, World Vision International, Save the Children UK and the International Rescue Committee.* <https://www.icrc.org>

2.4 Pengungsi dan Pengungsi Internal (internally displaced persons, IDPs)

UNHCR (the UN Refugee Agency) has a special legal mandate for the protection of refugees under the Refugee Convention and Protocol. UNHCR has extensive resources on its website. www.unhcr.org

IASC Handbook for the Protection of Internally Displaced Persons (March 2010). *UN Inter-Agency Standing Committee.* 2010. www.unhcr.org

Lampiran 2:

Kode Etik Gerakan Palang Merah dan Bulan Sabit Merah Sedunia dan Organisasi Non-Pemerintah dalam Respons Bencana

Disiapkan bersama-sama oleh Gerakan Palang Merah dan Bulan Sabit Merah Sedunia (IFRC) dan Komite Palang Merah Sedunia (ICRC)¹

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 dari 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 (*The 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.

¹ 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).



Kode Etik

Prinsip-prinsip Etis untuk Gerakan Palang Merah dan Bulan Sabit Merah Sedunia dan ORNOP dalam Program Respons Bencana

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 ketika 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 alat politik luar negeri pemerintah kami

NGHA 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 alat dari kebijakan luar negeri pemerintah penyandang dana. Kami akan menggunakan bantuan yang kami terima untuk melakukan respons 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-orang 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 respons 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 NGHA 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 respons bencana tidak boleh dipaksakan kepada penerima. Bantuan darurat dan rehabilitasi jangka panjang yang efektif paling dapat dicapai ketika 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 maupun 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 kepakaran 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 respons 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 respons 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 penyandang dana, pemerintah negara tempatan, dan lembaga-lembaga antar negara—terutama lembaga-lembaga PBB—untuk mendorong partisipasi NGHA yang efektif dalam respons 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 setempat.

2. Pemerintah negara harus memfasilitasi NGHA untuk mempunyai akses yang cepat kepada penduduk terkena bencana

Ketika 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 tuan rumah, sebagai bagian dari pelaksanaan kedaulatan, untuk tidak menghalangi bantuan semacam itu, dan untuk menerima tindakan NGHA yang tidak memihak dan apolitis. Pemerintah negara tuan rumah 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 personelnnya 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 respons 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 ketika NGHA 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 NGHA.

Untuk memfasilitasi koordinasi yang efektif dan penggunaan bantuan darurat secara efisien, pemerintah negara tempatan didorong untuk, sebelum bencana terjadi, menunjuk satu titik kontak bagi NGHA 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 NGHA

NGHA adalah lembaga-lembaga mandiri dengan kemandirian dan ketidakberpihakan yang seharusnya dihormati oleh para pemerintah negara penyandang dana. Pemerintah negara penyandang dana seharusnya tidak mempergunakan NGHA untuk mencapai tujuan politik atau ideologi apa pun.

2. Pemerintah penyandang dana harus memberikan dana dengan jaminan untuk kemandirian operasional

NGHA 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 NGHA dan akan dilaksanakan sesuai dengan kebijakan NGHA.

3. Pemerintah penyandang dana harus mempergunakan pengaruh baik mereka untuk membantu NGHA memperoleh akses terhadap penduduk terkena bencana

Pemerintah penyandang dana seharusnya memahami pentingnya mereka memikul satu tangan tanggung jawab atas keamanan dan kebebasan akses pekerja NGHA terhadap lokasi bencana. Mereka seharusnya bersiap sedia untuk melakukan diplomasi dengan pemerintah negara tuan rumah 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 respons 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 tuan rumah 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 respons internasional. Tanggung jawab ini jatuh ke tangan pemerintah negara tuan rumah 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 respons 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

Ketika disediakan perlindungan keamanan untuk lembaga-lembaga antar negara, perlindungan seperti ini seharusnya diberikan kepada mitra-mitra operasi mereka dari NGHA ketika 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 respons bencana yang efektif, dengan mitra operasi mereka dari NGHA.



Lampiran 3

Singkatan dan Akronim

ART	anti-retroviral therapy (terapi antri retroviral)
BMI	body mass index (Indeks Massa Tubuh)
CBA	cash-based assistance (Bantuan Tunai)
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (Pusat Pengendalian dan Pencegahan Penyakit)
CHS	Core Humanitarian Standard on Quality and Accountability (Standar Kemanusiaan Inti tentang Mutu dan Akuntabilitas)
CHW	community health worker (kader Kesehatan)
cm	centimetre (sentimeter)
CMR	crude mortality rate (Tingkat kematian kasar)
CPMS	Child Protection Minimum Standards (Standar minimum perlindungan anak)
CRPD	Convention on the Rights of Persons with Disabilities (Konvensi tentang Hak-hak Penyandang disabilitas)
DPT	diphtheria, pertussis and tetanus (Difteri, Pertusis dan Tetanus)
EPI	Expanded Programme on Immunization (Program Imunisasi Lengkap)
EWAR	Early warning alert and response (Kewaspadaan dan Respons Peringatan Dini)
FANTA	Food and Nutrition Technical Assistance (Bantuan Teknis Pangan dan Gizi)
FAO	Food and Agriculture Organization of the United Nations (Organisasi Perserikatan Bangsa-Bangsa untuk Pangan dan Pertanian)
FRC	free residual chlorine (Sisa residu Klorin)
GBV	gender-based violence (Kekerasan berbasis gender)
HMIS	health management information system (Sistem Manajemen Informasi Kesehatan)
HWTSS	household-level water treatment and safe storage (Pengelolaan Air dan Penyimpanan Aman tingkat Rumah Tangga)
IASC	Inter-agency standing committee (Komite Antar Lembaga)
iCCM	Integrated Community Case Management (Manajemen Kasus Terpadu tingkat Komunitas)
ICCPR	International Covenant on Civil and Political Rights (Kovenan Internasional tentang Hak-hak Sipil dan Politik)
ICRC	International Committee of the Red Cross (Komite Internasional Palang Merah)
IDP	internally displaced person (Pengungsi internal)
IFRC	International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (Federasi Internasional Palang Merah dan Bulan Sabit Merah)
IHL	international humanitarian law (Hukum Kemanusiaan/Humaniter Internasional)
IMCI	integrated management of childhood illness (Manajemen Terpadu Penyakit Anak)
INEE	Inter-Agency Network for Education in Emergencies (Jejaring Antar Lembaga untuk Pendidikan dalam Situasi Darurat)

IPC	infection prevention and control (Pencegahan dan Pengendalian Infeksi)
IYCF	infant and young child feeding (Pemberian Makanan Bayi dan Anak-anak)
km	kilometre (kilometer)
LEGS	Livestock Emergency Guidelines and Standards (Standar dan Panduan Ternak dalam Situasi Darurat)
LGBTQI	Lesbian, gay, bisexual, trans, queer, intersex
LLIN	long-lasting insecticide-treated net (Kelambu berinsektisida)
MAM	moderate acute malnutrition (kurang gizi sedang)
MEAL	monitoring, evaluation, accountability and learning (Pemantauan, evaluasi, akuntabilitas dan pembelajaran)
MERS	Minimum Economic Recovery Standards (Standar Minimum Pemulihan Ekonomi)
MISMA	Minimum Standard for Market Analysis (Standar Minimum untuk Analisis Pasar)
MOH	ministry of health (Kementerian Kesehatan)
MSF	<i>Médecins sans Frontières</i> (Doctors without Borders) (Dokter Lintas Batas)
MUAC	mid upper arm circumference (Lingkar lengan atas)
NCDs	non-communicable diseases (Penyakit tidak menular)
NGO	non-governmental organisation (Organisasi Non Pemerintah)
NTU	nephelometric turbidity units (Unit kekeruhan nefelometrik)
OAU	Organization of African Unity (now African Union) (Uni Afrika)
OCHA	United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (Kantor Perserikatan Bangsa-Bangsa untuk Koordinasi Urusan Kemanusiaan)
OHCHR	Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (Kantor Perserikatan Bangsa-Bangsa Komisi Tinggi Hak Asasi Manusia)
PEP	post-exposure prophylaxis (pencegahan setelah paparan)
PPE	personal protective equipment (Alat pelindung diri)
RNI	reference nutrient intakes (rujukan asupan gizi)
SEEP	Small Enterprise Education and Promotion (Network) (Jejaring Pendidikan dan Promosi Usaha Kecil)
STIs	Sexually transmitted infections (Infeksi menular seksual)
TB	Tuberculosis (tuberkulosis)
U5CMR	under-5 crude mortality rate (anak di bawah lima tahun, Balita)
UN	United Nations (Perserikatan Bangsa-Bangsa)
UNFPA	United Nations Population Fund (Dana Perserikatan Bangsa-bangsa untuk Kependudukan)
UNHCR	Office of the United Nations High Commissioner for Refugees (UN Refugee Agency) (Komisi Tinggi Perserikatan Bangsa-bangsa Urusan Pengungsi)
UNICEF	United Nations Children's Fund (Dana Anak-anak Perserikatan Bangsa-bangsa)
WASH	Water supply, sanitation and hygiene promotion (Pasokan Air, Sanitasi dan Promosi Higiene)
WFH	Weight For Height (Berat terhadap tinggi)
WFP	World Food Programme (Program Pangan Dunia)
WHO	World Health Organization (Organisasi Kesehatan Dunia)



Indeks

A

agama 6, 11, 12, 17, 30, 103, 108, 147, 209, 255, 258, 278, 280, 285, 291, 293, 295, 357, 361, 362, 387, 392, 400

AIDS. Lihat HIV/AIDS

air iv, 2, 7, 25, 29, 31, 65, 85, 93, 100, 101, 102, 104, 105, 106, 107, 109, 110, 111, 112, 113, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 127, 128, 130, 131, 134, 135, 137, 139, 140, 141, 142, 143, 146, 147, 148, 149, 151, 152, 154, 155, 156, 157, 158, 168, 170, 171, 178, 192, 194, 207, 212, 214, 215, 216, 217, 219, 228, 229, 234, 254, 260, 261, 262, 263, 264, 266, 267, 268, 269, 270, 282, 294, 295, 306, 307, 323, 324, 325, 326, 333, 369, 370, 385

air limbah 119, 128, 143

air minum 102, 107, 109, 110, 115, 119, 120, 121, 124, 141, 151, 171, 214, 254

air minum kemasan

akronim

akses 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 21, 25, 29, 31, 34, 36, 40, 41, 44, 60, 66, 70, 71, 75, 80, 81, 82, 83, 88, 89, 90, 100, 102, 103, 104, 107, 109, 110, 111, 112, 113, 115, 117, 118, 119, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 136, 137, 142, 143, 146, 147, 148, 149, 168, 169, 170, 171, 173, 174, 176, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 188, 190, 194, 195, 197, 198, 199, 200, 203, 204, 205, 206, 207, 209, 211, 212, 214, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 225, 226, 228, 231, 250, 251, 254, 255, 257, 258, 260, 262, 263, 264, 265, 267, 269, 270, 271, 273, 276, 278, 280, 282, 285, 286, 287, 288, 290, 292, 294, 295, 306, 307, 309, 310, 311, 312, 315, 316, 317, 318, 319, 323, 324, 325, 326, 329, 330, 331, 333, 334, 336, 337, 339, 340, 341, 342, 343, 345, 346, 347, 348, 349, 352, 354, 355, 356, 358, 359, 387, 388, 400, 403, 404, 405

akses dan penggunaan jamban

aksesibilitas 13, 109, 126, 183, 275

akses makanan

aktor vii

Akuntabilitas ii, 56, 94, 103, 406

alat komunal

alat pelindung diri 130, 140, 331, 332, 369

aliran 112, 116, 131, 136, 268

ambang batas 190, 306, 390

anak 3, 7, 10, 12, 13, 14, 29, 37, 38, 39, 41, 42, 50, 58, 59, 65, 69, 70, 71, 72, 73, 87, 89, 95, 105, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 119, 123, 124, 125, 126, 127, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 142, 146, 147, 149, 150, 153, 170, 171, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 181, 184, 185, 186, 187, 188, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 201, 203, 204, 205, 206, 208, 209, 211, 212, 213, 215, 218, 219, 220, 221, 222, 228, 230, 231, 234, 236, 238, 242, 255, 260, 266, 267, 271, 274, 275, 283, 285, 286, 287, 288, 295, 304, 308, 310, 311, 313, 316, 321, 323, 325, 326, 328, 330, 331, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 340, 342, 343, 345, 346, 349, 351, 358, 359, 360, 362, 363, 365, 367, 369, 386, 387, 388, 396, 406, 407
anak-anak 7, 12, 13, 39, 41, 42, 58, 59, 65, 69, 70, 71, 72, 87, 89, 105, 107, 108, 109, 110, 112, 123, 124, 125, 126, 133, 135, 136, 138, 142, 150, 153, 170, 173, 175, 176, 177, 178, 179, 184, 185, 186, 187, 188, 192, 193, 195, 196, 197, 198, 199, 201, 203, 204, 205, 212, 218, 230, 231, 271, 274, 285, 286, 288, 308, 313, 323, 330, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 345, 349, 358, 367

anak muda 112, 287

anak terpisah 175, 192, 196, 212

Analisis Pasar 7, 407

analisis respons 9, 20, 148

analisis tanggapan

anestesi 318, 340, 346

anggota karyawan

anggota staf 68, 80, 82, 85, 87, 93

angka kematian kasar (CMR)

api 133, 143, 262, 263, 264, 271

aplikasi 130, 132

audit 25, 84, 86, 93

B

bab ix, 4, 5, 9, 20, 54, 56, 122, 138, 170, 254, 307

bacaan lebih lanjut 3, 26, 51, 97, 134, 167, 186, 240, 301,

bahan bakar 25, 39, 118, 121, 174, 197, 200, 201, 205, 206, 207, 209, 214, 254, 262, 270, 271, 282, 283, 284, 287, 288, 295

bahan bangunan 223, 264, 266, 267, 268, 273, 274, 275, 276, 282, 283, 284, 286, 287, 293

bangunan umum

bantuan kemanusiaan 6, 7, 9, 12, 17, 29, 31, 36, 40, 41, 56, 57, 60, 61, 74, 88, 102, 168, 250, 277, 283, 306, 385, 390, 391, 394, 395, 399, 400, 401, 403

bantuan keuangan iii

bantuan keuangan, produksi pangan

bantuan makanan 15, 188, 254

bantuan teknis 9, 21, 104, 294

bantuan tunai 197, 198, 203, 204, 209, 212, 213, 218, 348, 356

barang-barang rumah tangga

barang kebersihan 100

bayi dan anak kecil 149, 192, 193, 194, 228, 242

belajar vi, 54, 76, 77, 79, 91, 112, 113, 122, 123, 126, 134, 137, 189, 295

bencana ii, iii, v, vii, 4, 6, 8, 15, 18, 19, 20, 28, 29, 30, 31, 32, 36, 56, 76, 91, 103, 112, 115, 216, 276, 280, 314, 323, 348, 355, 358, 385, 386, 394, 395, 396, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405,

benih 166, 167, 176, 217, 218, 219, 224, 226, 227, 239, 293

berbagi vii, 67, 68, 69, 73, 75, 77, 78, 79, 85, 90, 106, 181, 224, 258, 267, 291, 357

berpusat pada orang

bertahap 215, 277, 279, 353

biaya diet

buang 68, 123, 127, 137, 143, 148, 149, 151, 370

buatan 192, 194, 195, 228, 261, 271, 318,

budaya 6, 13, 17, 37, 42, 58, 60, 61, 65, 67, 68, 69, 73, 83, 86, 106, 108, 109, 110, 117, 122, 124, 141, 142, 143, 144, 148, 152, 153, 170, 194, 195, 205, 209, 218, 222, 254, 255, 261, 262, 263, 265, 266, 267, 269, 270, 271, 275, 281, 282, 283, 288, 308, 312, 316, 338, 340, 343, 344, 354, 355, 385, 387, 390, 401
Buku Pegangan Sphere 4, 5, 7, 20

C

campak 7, 179, 189, 190, 205, 229, 323, 325, 334, 335, 364

cataan panduan 6, 38, 42, 43, 57, 59, 62, 65, 68, 75, 78, 81, 85

cedera 30, 83, 134, 222, 266, 304, 306, 314, 322, 323, 345, 346, 347, 348, 351, 356

CFR 333, 367

CHS ii, 6, 56, 57, 94, 95, 97, 406

CMR 306, 367, 406

cuci/mandi

cuci tangan 107, 110, 119, 140, 141, 336, 337

curah hujan 261

D

daerah perdesaan 103, 136, 182, 185, 284, 312

daerah perkotaan 103, 118, 135, 182, 186, 279, 284, 291, 312

daftar periksa 9, 101, 146, 174, 285

data kesehatan masyarakat 139, 320

data sebelum krisis 353

daur ulang 134, 135, 136, 276, 281

daya beli 222

definisi 86, 91, 180, 187, 190, 230, 231, 232, 320, 321, 327, 328, 332, 346, 361, 362, 390, 392

demam kuning 131, 326, 330

desain program

desinfeksi 118, 121, 157

deskripsi 75, 282

deteksi 304

diagnosis 132, 198, 323, 326, 327, 329, 330, 332, 345, 352, 364

diagram F

diare 100, 101, 102, 106, 109, 120, 121, 125, 131, 138, 151, 154, 155, 185, 189, 190, 197, 229, 263, 318, 323, 328, 329, 330, 331, 334, 336, 337, 369, 370

difteri 331, 333, 335, 336, 348, 364

disagregasi

distribusi 15, 23, 25, 39, 64, 66, 102, 105, 109, 110, 111, 113, 116, 117, 119, 120, 130, 132, 135, 137, 166, 182, 221, 243, 263, 264, 272, 296, 315, 400, 402

distribusi bersama 111

distribusi makanan 135, 243

dokumentasi 25, 43, 44, 280, 308, 314, 329, 346

dukungan dan pengembangan

dukungan hukum 37, 275

dukungan komunitas 201, 206, 351,

dukungan multi-sektor

dukungan psikososial x, 3, 15, 37, 42, 49, 72, 76, 92, 196, 310, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 355, 356

dukungan untuk 28, 64, 195, 203, 209, 250, 258, 293, 294, 355, 357

E

efek negatif 31,

efek negatif dari respons kemanusiaan

efek samping 311, 314, 335, 340, 351

efektivitas 13, 22, 67, 282, 402

efektivitas dan ketepatan waktu

eksploitasi 12, 14, 42, 64, 65, 66, 67, 71, 72, 73, 89, 90, 91, 92, 93, 105, 171, 188, 201, 203, 209, 210, 213, 214, 220, 255, 267, 274, 275, 279, 283, 316, 338, 339, 387

energi 128, 176, 201, 204, 205, 206, 209, 218, 229, 235, 236, 270, 271, 281, 283, 313, 347

EPI 406

erosi 65, 200, 283

etika v, 28, 78, 86, 316

evaluasi x, 3, 10, 17, 23, 25, 57, 60, 62, 63, 69, 74, 77, 79, 85, 88, 91, 103, 407,

EWAR 320, 375, 406

F

fasilitas kesehatan 21, 117, 118, 123, 126, 177, 182, 262, 285, 309, 313, 339, 341, 346, 359, 368, 369

fasilitas mandi 116, 118, 119, 132, 153

fasilitas umum 112, 113, 123, 126, 258, 285, 295, 299

fluktuasi harga

G

gambaran umum

gender x, 3, 10, 12, 13, 14, 30, 37, 38, 41, 42, 43, 44, 51, 58, 60, 64, 66, 67, 69, 74, 80, 81, 82, 103, 111, 112, 184, 188, 198, 218, 219, 220, 221, 222, 260, 264, 282, 296, 308, 310, 313, 316, 323, 338, 342, 343, 354, 358, 396, 406

genosida 388

gizi 7, 10, 12, 16, 31, 104, 123, 126, 128, 130, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183,

184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 203, 204, 205, 206, 207, 209, 211, 213, 218, 220, 224, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 235, 236, 238, 241, 242, 244, 254, 306, 310, 311, 313, 323, 324, 325, 330, 332, 334, 336, 337, 338, 341, 345, 353, 359, 360, 362, 364, 365, 369, 385, 407
gizi buruk 12, 180, 183, 184, 185, 186, 187, 188

H

hadiah dalam bentuk barang
hak ii, iii, v, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 16, 18, 28, 29, 30, 31, 34, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 48, 56, 58, 59, 60, 64, 66, 67, 75, 87, 89, 102, 104, 105, 117, 126, 168, 170, 171, 174, 211, 250, 252, 254, 255, 265, 277, 278, 279, 280, 291, 292, 294, 306, 307, 308, 311, 313, 316, 320, 322, 338, 341, 350, 352, 356, 385, 386, 387, 388, 389, 393, 400, 403, 406,

hak asasi Manusia
hak atas air dan sanitasi
hak atas pangan yang cukup
hak atas pangan yang layak
hak atas perawatan kesehatan yang tepat waktu dan tepat
hak atas perlindungan dan keamanan 29, 102, 168, 250, 306
hak atas tempat tinggal yang layak
hak dengan kondisi kesehatan jiwa
hak tambahan
hak untuk 4, 5, 6, 7, 10, 18, 29, 102, 168, 211, 250, 254, 279, 306, 387, 400
hak untuk bebas dari kelaparan
hak untuk hidup dengan bermartabat 4, 10
hak untuk mencari suaka atau perlindungan
hak untuk menerima 102, 306
hak untuk menerima bantuan kemanusiaan 102, 306

hepatitis 135, 143, 315, 318, 330, 331, 332, 342, 364
HIV x, 3, 14, 39, 50, 58, 104, 124, 125, 143, 149, 171, 178, 182, 183, 185, 186, 187, 192, 194, 196, 198, 199, 203, 204, 206, 211, 215, 222, 228, 229, 231, 235, 236, 242, 243, 244, 304, 306, 310, 311, 313, 314, 318, 322, 323, 325, 329, 330, 338, 341, 342, 343, 344, 345, 349, 357, 358, 365, 376, 377

HIV/AIDS 365
HMIS 406
hukum v, 5, 10, 11, 17, 24, 28, 29, 30, 31, 36, 37, 38, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 66, 69, 71, 73, 80, 81, 92, 102, 104, 115, 116, 137, 144, 168, 171, 213, 216, 222, 250, 251, 252, 254, 255, 257, 259, 274, 275, 277, 278, 279, 280, 286, 287, 291, 294, 298, 306, 308, 314, 318, 341, 342, 356, 385, 386, 387, 388, 390, 391, 393, 394, 399, 402, 404, 405
hukum humaniter 30, 36, 42
hukum humaniter internasional 30, 42
hukum internasional 28, 29, 30, 36, 37, 41, 43, 73, 171, 254, 385, 388

I

ICCM
IGO 399, 402, 404, 405
iklim 119, 152, 199, 201, 217, 218, 270, 275, 283, 325, 394
iklim, ruang hidup
implementasi
indikator kesehatan 306
indikator kinerja 58, 60, 61, 63, 66, 70, 73, 77, 79, 83, 181, 187
indikator kunci 3, 6, 7, 8, 117, 175, 177, 181, 185, 190, 193, 195, 200, 204, 207, 210, 214, 217, 220, 304
infeksi 102, 112, 124, 138, 140, 142, 143, 154, 155, 187, 190, 196, 198, 205, 206, 229, 268, 311, 313, 314, 315, 316, 323, 324, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 337, 342, 343, 344, 347, 348, 356, 359,
infeksi pernapasan 268
informasi v, 6, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 23, 25, 32, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 46, 57, 58, 61,

62, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 83, 84, 88, 89, 90, 91, 106, 108, 109, 124, 125, 127, 142, 171, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 181, 183, 185, 188, 189, 194, 201, 205, 206, 208, 213, 218, 225, 228, 231, 233, 236, 241, 257, 258, 275, 277, 279, 284, 285, 289, 291, 294, 298, 304, 307, 309, 310, 315, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 327, 339, 340, 341, 342, 344, 346, 349, 351, 354, 356, 358, 359, 361, 364, 390, 401, 402, 403, 404, 405,
informasi pribadi 64, 66,
inkontinensia 100, 107, 110, 111, 112, 113, 114, 124, 125, 126, 142, 147, 149, 150, 356,
Intervensi ART 345,
Intervensi ARV
intervensi psikologis 350, 351,
investigasi 319,
IPC 138, 144, 162, 238, 240, 241, 407
item 110, 118

J

jamban 101, 104, 105, 107, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 118, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 131, 140, 141, 142, 148, 149, 152, 153, 155, 156, 212,
jamban rumah tangga 126, 153

K

kader 313, 406,
Kader kesehatan
kapasitas lokal 6, 64, 66,
kapasitas lokal dan efek negatif karakteristik 21, 51, 87, 89, 291,
keamanan 8, 11, 15, 16, 17, 19, 24, 25, 28, 29, 30, 31, 34, 36, 37, 38, 39, 42, 45, 58, 59, 61, 64, 75, 81, 89, 90, 102, 105, 111, 116, 118, 119, 124, 125, 126, 129, 132, 146, 166, 167, 168, 182, 183, 189, 192, 195, 197, 210, 212, 219, 220, 223, 225, 226, 250, 254, 256, 258, 260, 261, 262, 263, 264, 266, 267, 269, 273, 277, 281, 283, 285, 286, 287, 293, 306, 309, 311, 313, 316, 320, 322, 325, 334, 335, 341, 346, 348, 358, 385, 387, 391, 402, 404, 405,
kebersihan 100, 101, 109, 151, 206, 212, 214, 215, 267,
kebersihan menstruasi 100,
kebidanan
kebijakan v, vii, 6, 10, 20, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 45, 57, 59, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 73, 75, 78, 80, 81, 82, 83, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 102, 129, 135, 166, 168, 170, 193, 197, 198, 216, 219, 229, 250, 252, 260, 275, 277, 280, 286, 306, 307, 309, 311, 349, 355, 385, 390, 400, 401, 404,

kebijakan inovasi
kebijakan pembelajaran
kebijakan pembelajaran dan inovasi
kebijakan untuk mencegah efek negatif
kebutuhan gizi 170, 176, 192, 197, 199, 205, 206, 232, 254,
kegiatan ii, vi, 4, 9, 14, 16, 24, 36, 37, 38, 39, 42, 45, 46, 57, 61, 62, 63, 65, 68, 73, 74, 78, 79, 88, 93, 104, 105, 106, 107, 108, 112, 118, 120, 128, 130, 137, 138, 150, 195, 201, 202, 208, 212, 215, 216, 217, 219, 220, 221, 222, 223, 226, 235, 236, 251, 254, 257, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 278, 279, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 293, 294, 295, 296, 297, 310, 324, 329, 344, 348, 350, 351, 354, 402,

kekerasan berbasis gender 14, 37, 44, 66, 112, 188, 198, 264, 308, 310, 343, 396
kekerasan seksual 12, 14, 15, 44, 83, 267, 311, 339, 341, 342, 343, 345, 346, 391,
kekurangan 8, 12, 14, 25, 30, 85, 168, 169, 171, 189, 190, 191, 192, 230, 231, 233, 234, 293, 330, 394
kekurangan zat gizi mikro 189, 190, 191, 192, 233,
kelompok berisiko 39, 41, 58, 87, 126, 132, 133, 146, 173, 176, 177, 178, 182, 201, 202, 206, 210, 212, 221, 313, 321, 345,
kelompok berisiko tinggi, pengendalian

vektor
keluarga berencana
keluhan 64, 65, 66, 67, 69, 71, 73, 90, 103, 200, 208,
kemasan 118, 208,
kembali, orang-orang terlantar
kemerdekaan dari pemerintah
kendala 13, 14, 15, 16, 20, 40, 75, 88, 147,
kemanayan termaal
kepemimpinan lokal 65,
keracunan 321, 336, 345, 350, 363, 364,
kerahasiaan 44, 65, 66, 68, 69, 71, 90, 198, 308, 309, 311, 313, 322, 339, 340, 341, 342,
kerangka hukum, kekerasan seksual
kerja v, ix, 9, 16, 31, 32, 34, 38, 45, 56, 65, 75, 76, 80, 81, 82, 83, 87, 90, 91, 92, 104, 108, 112, 122, 135, 140, 142, 146, 192, 199, 209, 216, 220, 221, 222, 223, 228, 260, 274, 275, 276, 283, 296, 299, 310, 314, 315, 316, 318, 332, 333, 342, 349, 385, 394, 399, 401, 402, 405,

kesehatan 7, 10, 14, 15, 17, 18, 19, 21, 25, 29, 30, 31, 37, 42, 44, 60, 72, 76, 81, 83, 85, 100, 101, 102, 103, 104, 106, 107, 108, 109, 110, 112, 113, 115, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 126, 128, 129, 132, 134, 135, 136, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 155, 158, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 173, 174, 176, 177, 178, 179, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 194, 196, 197, 198, 199, 204, 205, 209, 211, 212, 214, 219, 220, 221, 222, 224, 225, 231, 233, 236, 250, 254, 258, 262, 263, 264, 268, 269, 275, 276, 280, 281, 283, 285, 286, 288, 295, 304, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 363, 364, 368, 369, 372, 387

kesehatan jiwa 35, 42, 72, 76, 83, 196, 306, 310, 318, 323, 342, 345, 346, 348, 349, 350, 351, 352, 355, 356,
kesehatan masyarakat 10, 102, 103, 106, 107, 108, 115, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 126, 128, 134, 136, 138, 139, 141, 142, 147, 190, 191, 198, 205, 209, 220, 222, 233, 268, 276, 280, 306, 307, 312, 320, 321, 359, 363, 364,
kesehatan reproduksi 178, 187, 317,
kesejahteraan 12, 29, 36, 40, 81, 83, 85, 92, 109, 111, 122, 132, 170, 192, 198, 224, 225, 252, 256, 263, 265, 288, 306, 348, 356,
keselamatan 31, 37, 40, 58, 71, 104, 105, 109, 111, 122, 124, 126, 129, 171, 258, 262, 263, 270, 271, 275, 280, 288, 295, 309,

kesesuaian 13, 73, 272,
kesesuaian dan relevansi
kesesuaian dan relevansi kemanusiaan
kesiapsiagaan dan respons wabah
ketahanan 7, 166, 167, 168, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 181, 182, 184, 186, 198, 199, 200, 201, 202, 204, 206, 217, 221, 224, 225, 240, 241, 254, 257, 260, 271, 293, 306, 314, 353, 359, 385,
ketahanan pangan 7, 166, 167, 168, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 181, 182, 186, 198, 199, 200, 201, 202, 204, 206, 217, 221, 224, 225, 240, 241, 254, 306, 353, 359, 385,

ketahanan pangan dan gizi 166, 167, 168, 170, 173, 174, 241, 254, 385,
ketegangan 8, 18, 117, 135, 210, 217, 219, 221, 251, 258, 278, 309,
ketentuan hukum 29, 30, 404, 405,
ketepatan waktu 84, 296, 313,
keterlibatan dalam pelanggaran
keterlibatan komunitas 68, 69, 181,
keterlibatan, pelanggaran hak
ketersediaan 24, 80, 109, 125, 130, 147, 169, 174, 182, 183, 190, 194, 195, 197, 206, 208, 218, 219, 225, 254, 256, 257, 258, 260, 263, 264, 269, 271, 273, 275, 282, 283, 284, 286, 290, 312, 317, 318, 321, 325, 332, 339, 341, 351, 352, 354, 355, 356, 359,
ketidakterbantuan 29, 30, 105, 403, 404,
kit prakualifikasi
Kode etik 73, 81, 399,

Kode Internasional Pemasaran ASI
kolaborasi
kolera 106, 128, 140, 141, 142, 148, 152, 198, 311, 314, 325, 328, 330, 331, 332, 333, 364,
komitmen v, vi, vii, 4, 5, 6, 7, 28, 56, 57, 59, 65,
66, 69, 71, 72, 74, 75, 81, 82, 87, 88, 90, 91,
105, 172, 255, 309,
kompetensi 45, 80, 81, 82, 90, 91, 92, 349,
komunal 18, 107, 110, 123, 124, 125, 126,
135, 136, 137, 153, 261, 262, 263, 264, 276,
284, 286, 289, 290, 292, 295,
komunikasi 14, 25, 46, 54, 56, 60, 66, 67, 68,
69, 70, 74, 75, 80, 90, 106, 108, 109, 133,
147, 193, 213, 218, 271, 276, 308, 332, 339,
341, 342, 347, 403,
komunikasi, partisipasi dan umpan balik
komunitas iii, 8, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 28,
29, 31, 36, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 54, 56,
58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69,
70, 71, 72, 73, 74, 77, 79, 82, 83, 85, 87, 88,
89, 90, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 108,
111, 121, 126, 132, 133, 138, 139, 141, 142,
145, 168, 177, 178, 181, 183, 184, 185, 186,
187, 196, 201, 205, 206, 208, 210, 211, 212,
213, 214, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 228,
229, 250, 251, 264, 270, 274, 275, 293, 295,
296, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 315, 316,
319, 323, 324, 325, 327, 329, 330, 332, 336,
337, 338, 339, 340, 341, 342, 344, 346, 347,
349, 350, 351, 354, 355, 356, 357, 358, 361,
362, 400, 403, 405,
komunitas tua rumah 8, 39,
kondisi kesehatan jiwa 349, 350, 351, 352,
konflik bersenjata 25, 30, 31, 36, 41, 42, 45,
105, 228, 386, 390, 391, 396, 399, 404, 405,
konflik kepentingan 84, 86, 93,
konsep jangnan membahayakan
konsep kunci
konsep penting
konstruksi, tempat penampungan
konsumsi 102, 104, 105, 110, 117, 118, 119,
169, 176, 189, 204, 208, 209, 214, 226, 262,
271, 283, 318, 354,
kontaminasi 24, 109, 119, 120, 122, 123, 131,
kontrol 102, 116, 123, 129, 130, 311, 134,
140, 142, 155, 222,
kontrol rasa sakit
kontrol vektor 134,
koordinasi 9, 16, 18, 19, 24, 32, 62, 73, 74, 75,
76, 85, 91, 104, 105, 108, 109, 166, 170, 172,
173, 193, 254, 277, 281, 283, 285, 310, 314,
327, 332, 339, 370, 395, 401, 403, 404, 405,
koordinasi dan saling melengkapi
korupsi 66, 72, 84, 85, 86, 93,
kotoran 100, 120, 122, 123, 127, 128, 140,
142, 148, 149,
krisis berkepanjangan 118, 350,
kriteria pemulangan
kriteria penerima limbah rumah potong he-
wan
kualitas v
kurang gizi 166, 167, 168, 170, 173, 174, 177,
178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186,
187, 189, 192, 196, 199, 203, 204, 206, 220,
228, 229, 230, 231, 232, 233, 236, 238, 306,
313, 323, 325, 330, 334, 336, 337, 338, 345,
364, 407,
Kurang gizi dewasa

L

landasan hukum v,
langkah-langkah proksi, ketahanan pangan
larutan klorin 140, 141, 143, 144,
layanan dan fasilitas penting
layanan informasi dan perencanaan bencana
layanan kesehatan 10, 15, 31, 37, 42, 44, 101,
134, 138, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 147,
168, 181, 185, 196, 198, 199, 212, 219, 221,
222, 224, 225, 304, 306, 307, 308, 309, 310,
311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319,
320, 321, 322, 323, 324, 326, 327, 329, 330,
331, 332, 333, 334, 336, 337, 338, 339, 340,
341, 342, 343, 344, 346, 347, 348, 349, 350,
351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359,
layanan penting
lembaga kemanusiaan non-pemerintah vii,
LGBTIQI

lihat juga wabah penyakit
Lihat manajemen pengetahuan
Lihat organisasi kemanusiaan
Lihat pemerintah donor
limbah padat 25, 100, 107, 109, 120, 129,
130, 131, 134, 135, 136, 137, 149, 150, 281,
282, 283, 295
lingkungan 3, 4, 8, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18,
19, 21, 24, 25, 31, 37, 38, 39, 43, 60, 65, 78,
82, 84, 85, 86, 93, 102, 104, 108, 109, 115,
120, 122, 123, 125, 126, 127, 128, 129, 131,
134, 135, 136, 138, 140, 142, 144, 148, 149,
150, 151, 154, 155, 168, 170, 174, 175, 199,
200, 201, 208, 209, 217, 218, 220, 223, 228,
229, 235, 236, 250, 251, 252, 257, 262, 264,
265, 268, 269, 271, 275, 276, 280, 281, 282,
283, 284, 286, 287, 288, 295, 307, 309, 314,
315, 318, 325, 359, 399, 401, 402
link ke kanan di tempat penampungan
lintas sektor 76, 79, 85, 111, 193, 307, 310,
332, 333, 349,
logistik x, 8, 10, 11, 22, 23, 24, 26, 75, 85, 172,
203, 233, 308, 323, 331, 359,
lokasi 18, 25, 74, 76, 93, 103, 109, 111, 116,
119, 123, 127, 128, 129, 130, 132, 135, 137,
140, 148, 150, 181, 182, 183, 185, 187, 250,
251, 252, 253, 255, 257, 258, 260, 261, 262,
263, 264, 268, 271, 275, 277, 280, 282, 283,
284, 285, 286, 287, 290, 291, 292, 293, 294,
295, 309, 310, 311, 312, 313, 321, 362, 363,
404
lokasi dan permukiman 116, 119, 130, 260,
LSM 4, 5, 66, 147, 211, 229, 399
luas permukaan

M

makan 109, 127, 129, 130, 131, 141, 149, 151,
152, 176, 181, 187, 192, 195, 196, 197, 198,
199, 205, 207, 212, 214, 228, 229, 238, 242,
254, 265, 266, 269, 270, 288, 337, 352, 370,
makanan 15, 17, 21, 24, 25, 29, 31, 102, 104,
109, 117, 120, 121, 123, 126, 127, 133, 135,
137, 141, 147, 149, 151, 152, 166, 167, 168,
170, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 180, 181,
182, 183, 184, 185, 186, 188, 190, 191, 192,
193, 194, 195, 196, 197, 198, 200, 203, 204,
205, 206, 207, 208, 209, 211, 212, 213, 214,
215, 221, 222, 224, 228, 229, 230, 231, 232,
241, 243, 254, 261, 262, 263, 265, 266, 269,
270, 271, 274, 288, 325, 336, 337, 338, 341,
345, 399,
malaria 130, 131, 132, 133, 138, 149, 162,
182, 184, 190, 198, 205, 229, 323, 324, 325,
329, 330, 334, 337,
manajemen 6, 10, 13, 22, 23, 24, 25, 46, 57,
59, 63, 65, 66, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 88,
92, 93, 105, 107, 109, 111, 112, 113, 114,
116, 117, 120, 122, 123, 124, 125, 127, 135,
142, 148, 149, 192, 193, 194, 203, 207, 217,
218, 223, 230, 258, 274, 276, 310, 311, 312,
313, 314, 315, 316, 317, 319, 321, 325, 326,
329, 332, 333, 336, 337, 338, 340, 341, 342,
343, 345, 346, 347, 348, 350, 352, 353, 354,
355
Manajemen Kasus Komunitas Terintegrasi
manajemen kesehatan 321,
manajemen kurang gizi
manajemen pengetahuan
manajemen rantai pasokan 203
manajemen sumber daya
martabat v, 19, 28, 29, 34, 36, 37, 38, 39, 41,
45, 64, 67, 102, 104, 105, 109, 110, 111, 112,
117, 118, 122, 126, 171, 200, 225, 250, 262,
263, 265, 269, 288, 294, 355, 385, 386,
masukn v, vii, 54, 203, 216, 217, 218, 219,
224, 225, 226,
mata pencaharian 7, 17, 19, 20, 62, 64, 103,
115, 170, 171, 173, 176, 197, 200, 204, 216,
220, 224, 258, 284, 395
MEAL 10, 407,
mekanisme 16, 22, 23, 25, 39, 41, 42, 44, 60,
64, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 76, 77, 81, 85, 86,
87, 90, 93, 103, 108, 109, 110, 111, 112, 113,
115, 118, 124, 141, 148, 171, 187, 193, 199,
200, 203, 206, 207, 210, 211, 212, 214, 218,
219, 257, 274, 278, 279, 283, 285, 289, 296,
306, 311, 313, 316, 318, 319, 320, 322, 326,

330, 332, 341, 342, 349, 350, 357, 359,
mekanisme pengaduan 41, 69, 70, 71, 72, 73,
85, 90, 93,
mekanisme perlindungan
memberi makan 109,
menargetkan 129, 202, 209,
mendagnosis
mendukung
mengelola 16, 39, 59, 68, 83, 84, 86, 93, 100,
103, 106, 107, 112, 117, 124, 135, 136, 141,
199, 203, 205, 215, 219, 225, 261, 292, 314,
323, 340, 348, 349, 350, 352, 353, 354,
menghindari paparan
mengklaim
mengukur 6, 7, 57, 61, 100, 101, 117, 120,
121, 127, 152, 176, 178, 205, 213, 232,
meningitis 325, 331, 364,
menstruasi 100, 105, 110, 111, 112, 113, 114,
122, 124, 125, 127, 142, 147, 149, 150, 192,
270,
menular 106, 117, 129, 132, 134, 135, 138,
139, 143, 144, 154, 155, 175, 185, 205, 222,
229, 268, 304, 305, 306, 307, 314, 317, 318,
323, 324, 329, 330, 334, 335, 342, 343, 344,
352, 353, 354, 355, 358, 360, 362, 365, 366,
407
menyakiti
menyusui 133, 170, 180, 181, 188, 191, 192,
194, 195, 196, 197, 198, 203, 204, 209, 211,
212, 228, 229, 230, 231, 235, 288, 341,
MTBS
musiman 108, 115, 120, 122, 129, 137, 146,
149, 179, 263, 264, 275

N

NGHA 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405,
nyamuk aedes

O

obat 14, 16, 21, 133, 143, 184, 192, 198, 304,
306, 308, 310, 311, 313, 314, 317, 318, 319,
321, 325, 330, 331, 332, 336, 340, 341, 342,
343, 344, 347, 350, 351, 352, 353, 354, 356,
359
obat esensial
obat esensial dan alat kesehatan
obat-obatan 16, 21, 192, 198, 308, 310, 311,
313, 314, 317, 318, 319, 321, 330, 331, 332,
336, 340, 342, 343, 344, 350, 351, 353, 354,
356, 359
obat-obatan, dikontrol (resep)
obat-obatan, resep
obat psikotropika
oleh anggota staf
operasi dan pemeliharaan 115, 127, 148
operasi bantuan
operasi implementasi
orang bergerak 111
orang cacat. Lihat penyandang disabilitas
orang dewasa 124, 125, 153, 169, 231, 342,
349
orang (IDP)
orang tua 21, 108, 109, 111, 124, 125, 126,
133, 146, 325, 336,
orang yang lebih tua
organisasi antar pemerintah (IGO)
organisasi kemanusiaan 4, 8, 16, 18, 23, 36,
38, 39, 40, 56, 57, 72, 74, 75, 104, 105, 173,
193, 197, 208, 211, 308, 309, 358
organisasi mitra 7, 24, 76
organisasi non-pemerintah ix, 4, 147

P

palatubias, air
panduan gizi
pangan 7, 24, 103, 166, 167, 168, 169, 170,
171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179,
180, 181, 182, 184, 186, 189, 190, 194, 195,
196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204,
205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213,
214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222,
223, 224, 225, 228, 231, 235, 240, 241, 243,
254, 283, 287, 306, 307, 320, 352, 353, 354,

- 359, 385, 387,
partisipasi 11, 13, 14, 31, 32, 54, 66, 67, 68,
69, 74, 128, 184, 220, 264, 296, 402
pasca-krisis 252, 277, 279, 285
pasien 44, 138, 140, 141, 142, 144, 152, 153,
182, 183, 185, 186, 187, 188, 309, 311, 312,
313, 314, 316, 317, 322, 324, 330, 341, 342,
343, 345, 346, 347, 348, 353, 354, 355, 356,
357, 368, 369, 380,
pasokan 7, 11, 24, 26, 100, 104, 109, 111, 117,
118, 121, 122, 124, 127, 140, 142, 147, 148,
171, 195, 197, 203, 208, 217, 219, 226, 227,
254, 270, 281, 283, 284, 288, 295, 306, 308,
310, 313, 318, 329, 331, 332, 341, 347, 351,
353, 354, 356
pasokan air 7, 100, 104, 109, 111, 117, 118,
121, 122, 124, 140, 142, 147, 148, 171, 254,
295
pasokan energi 270, 281, 283, 313, 347
pasukan militer
pedoman 36, 45, 70, 74, 75, 82, 86, 90, 93,
129, 142, 185, 187, 190, 192, 193, 198, 218,
230, 231, 232, 236, 311, 314, 315, 316, 317,
318, 332, 335, 336, 337, 345, 348, 354, 355,
358, 369, 370, 385, 402
pekerja kemanusiaan v, vii, 15, 17, 41, 65, 67,
71, 72, 79, 81, 83, 168, 250, 255, 256, 264,
267, 277, 284, 287, 289, 306
pelaku lokal 17, 108
pelaku nasional 79, 103
pelanggaran 37, 39, 41, 42, 43, 44, 45, 66,
68, 69, 73, 79, 93, 171, 193, 194, 308, 352,
387, 388
pelayanan kesehatan 15, 17, 106, 108, 168,
169, 171, 174, 179, 183, 186, 187, 308
pelengkap 7, 37, 57, 75, 179, 184, 185, 192,
195, 197, 198, 204, 205, 228
pemangku kepentingan 7, 16, 25, 45, 56,
58, 59, 61, 62, 68, 69, 74, 76, 84, 86, 87, 89,
91, 93, 102, 115, 118, 124, 126, 173, 181,
210, 220, 256, 260, 281, 295, 297, 320, 326,
327, 331
pemantauan 9, 11, 13, 16, 21, 22, 23, 32, 60,
61, 62, 63, 69, 70, 77, 84, 86, 87, 88, 91, 103,
121, 131, 139, 173, 178, 183, 184, 186, 194,
196, 198, 213, 217, 233, 297, 313, 314, 317,
320, 354, 402
pembayaran 213, 215, 220, 221, 222, 271,
296, 315, 319
pembelajaran kolaboratif
pemberian makanan buatan, bayi dan anak
kecil
pemberian makan bayi 196, 198, 242
pemberian makan bayi dan anak kecil 242
pembiayaan 68, 104, 176, 186, 289, 310, 359
pembuangan 25, 66, 100, 109, 111, 112, 113,
114, 120, 122, 123, 124, 125, 127, 128, 130,
133, 134, 135, 137, 139, 140, 143, 144, 149,
150, 152, 208, 283, 287, 295, 325, 344, 348
pembuangan dan serah terima
pemerintah donor 29, 31
pemerintah penerima
pemerintah tuan rumah 16, 74, 207, 208
pemilahan 59, 60, 141, 170, 204, 311, 313,
320, 321, 336, 345, 346, 347, 355
pemilihan lokasi 129, 260, 263, 268
pemrograman berbasis pasar 21
penampungan 15, 114, 119, 123, 128, 168,
290
Penatalaksanaan Terpadu Penyakit Anak
pencapaian buatan
pencegahan 14, 28, 37, 71, 81, 83, 92, 93,
103, 106, 108, 132, 133, 138, 140, 141, 142,
143, 144, 177, 180, 182, 183, 184, 186, 190,
196, 198, 211, 251, 264, 267, 306, 311, 314,
315, 316, 322, 323, 324, 325, 331, 333, 336,
337, 340, 341, 342, 343, 344, 346, 347, 352,
354, 355, 359, 369, 407
pencegahan dan pengendalian 133, 138,
311, 314, 315, 316, 324, 331, 347, 354
pendapatan dan pekerjaan 220
penerapan vii, 11, 62, 74, 172
penerimaan 84, 93, 105, 126, 147, 149, 152,
166, 180, 181, 183, 184, 193, 200, 202, 207,
214, 229, 230, 233, 309, 312, 316, 342, 343,
390, 402
penerima manfaat, keterlibatan
pengadaan, obat-obatan esensial
pengadu 70, 71, 72
pengamanan 149, 270
pengambilan keputusan 9, 16, 32, 38, 59,
62, 66, 67, 68, 69, 71, 76, 77, 78, 80, 82, 84,
88, 89, 103, 106, 179, 217, 295, 307, 321,
335, 356
pengasuh, bantuan makanan
pengaturan operasional 3
pengayaan, produk makanan
pengelolaan kotoran
pengelolaan limbah padat 100, 120, 129,
134, 135, 137, 150, 281, 283
pengelolaan lingkungan 281
Pengelolaan puing-puing
pengelolaan sampah padat
pengembangan v, 13, 63, 64, 69, 76, 77, 78,
79, 80, 81, 82, 89, 92, 118, 142, 190, 195,
201, 217, 274, 293, 294, 307, 346, 352
pengembangan keterampilan 82, 201, 346
pengembangan strategi
Pengganti 192, 193, 194, 197
penggunaan iii, vi, viii, 8, 18, 19, 20, 24, 30,
60, 61, 65, 66, 69, 72, 74, 78, 84, 85, 93, 103,
104, 105, 106, 107, 109, 111, 113, 116, 117,
118, 119, 120, 124, 125, 127, 128, 131, 133,
134, 135, 136, 142, 147, 148, 149, 173, 190,
191, 193, 194, 198, 205, 206, 207, 208, 213,
214, 215, 217, 219, 232, 251, 254, 255, 257,
260, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271,
274, 275, 276, 277, 278, 279, 281, 282, 283,
286, 287, 288, 291, 292, 294, 298, 310, 311,
312, 313, 314, 318, 320, 321, 324, 329, 330,
338, 343, 344, 345, 347, 362, 366, 404
penggunaan kembali 134, 135, 136, 281, 283
penggunaan makanan 24, 213, 215
penggunaan makanan dalam rumah
pengusuran
pengiriman 22, 23, 25, 80, 152, 176, 197, 206,
219, 269, 317, 319, 321, 325, 330, 331, 332,
339, 400
pengiriman makanan
pengobatan 14, 100, 132, 133, 138, 141, 147,
157, 187, 190, 196, 198, 206, 211, 222, 233,
306, 330, 343, 345, 353, 354, 369, 370
pengolahan air tingkat rumah tangga dan
penyimpanan yang aman 119
pengujian laboratorium
pengukuran kurang gizi
pengumpulan, pengangkutan, pembuangan
dan pengolahan
pengungsi 29, 30, 31, 36, 37, 49, 58, 76, 117,
171, 178, 211, 216, 251, 252, 254, 255, 257,
258, 260, 276, 277, 279, 285, 286, 287, 290,
291, 293, 333, 352, 358, 385, 392, 393, 396,
399
pengungsi internal 30, 31, 37, 49, 254, 255,
291, 358, 385, 392, 393, 396
pengungsi. Lihat pengungsi internal
pengurangan kejahatan
penilaian 9, 11, 69, 78, 84, 85, 86, 87, 89, 92,
100, 122, 130, 132, 134, 136, 138, 166, 167,
173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 183, 186,
190, 193, 194, 196, 197, 200, 201, 205, 206,
211, 212, 220, 224, 226, 228, 230, 231, 236,
256, 257, 264, 269, 271, 272, 275, 281, 282,
283, 285, 307, 321, 323, 324, 325, 327, 334,
335, 336, 344, 347, 349, 351, 353, 355, 364,
penilaian dan analisis
penilaian gizi 166, 167, 173, 177, 178, 179,
230
Penilaian IYCF-E
penilaian keamanan benih 166, 167, 226
penilaian ketahanan pangan 166, 167, 173,
174, 179, 200, 206, 224
penilaian makan
penilaian nutrisi
penilaian risiko 89, 122, 193, 212, 323, 324,
325, 327, 334, 335, 344, 364
penilaian risiko, pencegahan penyakit
penipuan 68
penjadwalan
penting vi, 5, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18,
19, 21, 22, 23, 24, 28, 29, 30, 36, 37, 42, 45,
60, 66, 73, 74, 79, 83, 85, 86, 101, 102, 103,
104, 105, 107, 109, 110, 112, 113, 115, 117,
120, 122, 129, 130, 131, 132, 135, 138, 139,
142, 147, 151, 170, 174, 176, 180, 188, 194,
195, 197, 200, 204, 217, 221, 223, 226, 231,
232, 233, 250, 251, 252, 255, 257, 258, 261,
262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 271, 273,
274, 276, 277, 279, 284, 307, 310, 311, 317,
318, 319, 331, 332, 333, 338, 347, 348, 350,
351, 352, 353, 354, 356, 359, 364, 392, 400
penularan dari ibu ke anak, HIV
penularan tinja-mulut 100, 101, 120
penyakit 7, 13, 100, 101, 102, 104, 106, 107,
108, 109, 112, 117, 120, 121, 122, 125, 129,
130, 131, 132, 133, 134, 135, 138, 139, 140,
141, 144, 146, 148, 149, 151, 168, 169, 170,
171, 175, 177, 179, 182, 183, 185, 186, 187,
189, 190, 191, 192, 196, 198, 199, 205, 206,
211, 215, 218, 222, 229, 251, 261, 263, 266,
268, 286, 304, 305, 306, 307, 313, 314, 317,
318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326,
327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335,
336, 338, 347, 352, 353, 354, 355, 356, 358,
363, 364, 367, 369, 375, 379
penyakit menular 106, 117, 129, 132, 134,
135, 138, 139, 175, 185, 205, 222, 268, 304,
305, 306, 307, 323, 324, 329, 330, 334, 335,
354, 358
penyakit menular akibat nyamuk aedes
penyakit tidak menular 304, 317, 318, 323,
352, 353, 354, 355
penyalahgunaan 30, 37, 43, 64, 65, 66, 67, 71,
73, 81, 84, 85, 89, 90, 91, 92, 93, 105, 171,
188, 198, 210, 213, 220, 219, 308, 311, 338,
339, 350, 352
penyalahgunaan hak kriminal
penyandang disabilitas 10, 14, 16, 39, 41, 49,
58, 60, 71, 72, 82, 105, 108, 109, 111, 112,
117, 119, 124, 125, 126, 133, 149, 170, 171,
175, 183, 199, 201, 204, 206, 208, 211, 212,
213, 215, 218, 219, 221, 232, 313, 325, 338,
342, 344, 354, 358,
penyedotan 126, 127, 128
penyimpangan 23, 24, 66, 90, 100, 101, 102,
110, 118, 119, 120, 121, 123, 124, 130, 131,
133, 136, 137, 142, 143, 147, 157, 181, 207,
208, 209, 214, 215, 217, 219, 254, 262, 263,
270, 272, 276, 283, 295, 314, 317, 331, 335,
345
perangkat medis
perawatan akhir hidup
perawatan bayi baru lahir
perawatan bedah
perawatan cedera dan trauma
perawatan ibu 178
perawatan kesehatan 128, 138, 142
perawatan paliatif
perawatan trauma
perencanaan 9, 15, 16, 17, 18, 57, 70, 74,
75, 84, 85, 87, 88, 92, 108, 126, 170, 173,
178, 182, 204, 205, 208, 217, 233, 250, 251,
252, 256, 260, 261, 262, 263, 264, 270, 273,
275, 277, 281, 289, 291, 295, 308, 339, 350,
401, 403
perencanaan hunian dan permukiman
perencanaan lokasi 275
perilaku dan kode etik
perilaku v, 62, 72, 88, 175, 177, 222, 307,
320, 321, 326, 327, 328, 332, 364
Peringatan Dini dan Respon
perjanjian 30, 75, 91, 278, 279, 289, 290, 294,
385, 386, 387, 388, 390, 392, 394, 395
perjanjian dan hukum adat 385, 386
perjanjian tentang
perkosaan 304, 316, 341, 342
perlindungan vii, 5, 10, 11, 15, 16, 17, 18, 22,
23, 28, 29, 30, 34, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42,
43, 45, 46, 48, 50, 58, 59, 60, 61, 64, 66, 67,
70, 71, 73, 74, 76, 77, 87, 89, 90, 92, 102,
103, 105, 113, 117, 122, 125, 126, 130, 131,
132, 133, 134, 135, 149, 168, 171, 174, 188,
192, 196, 198, 199, 201, 216, 220, 221, 223,
250, 254, 255, 257, 261, 265, 266, 270, 275,
278, 279, 280, 283, 288, 294, 306, 307, 308,
309, 311, 314, 315, 316, 318, 322, 331, 333,
338, 339, 341, 342, 346, 349, 385, 386, 387,
388, 389, 390, 392, 393, 394, 396, 405, 406
perlindungan dan perencanaan permukiman
perlindungan mata pencaharian
permukiman ix, 18, 19, 31, 43, 68, 116, 118,
119, 121, 122, 123, 126, 128, 129, 130, 131,
133, 134, 136, 168, 170, 201, 250, 251, 252,
253, 254, 255, 256, 257, 258, 260, 261, 262,

263, 264, 266, 271, 273, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 289, 290, 291, 293, 295, 296, 297, 299

permukiman komunal 18, 284, 286

permukiman/penampungan

permukiman/tempat berteduh

permukiman/tempat tinggal

permukiman warga 118, 122, 130, 136,

pernapasan 268, 314, 323, 331, 334, 335, 338, 363, 369

persediaan x, 25, 102, 109, 110, 111, 113, 114, 116, 121, 140, 148, 202, 207, 216, 218

persetujuan yang diinformasikan

persiapan/pengolahan

persiapan/pengolahan, makanan

persyaratan 7, 8, 31, 71, 104, 110, 119, 121, 125, 126, 127, 132, 204, 275, 278, 286, 313, 325, 332, 394, 403

pertanggungjawaban 14, 56

pertimbangan khusus untuk melindungi

pertolongan pertama 59, 222, 316, 347, 349, 351, 369

pertuis

perumahan, tanah dan hak milik

petugas kesehatan 141, 142

Piagam Kemanusiaan i, ii, iv, vii, ix, 2, 4, 5, 28, 34, 36, 40, 54, 56, 75, 102, 105, 166, 168, 248, 250, 304, 306, 309, 385

pilihan 9, 11, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 28, 31, 39, 58, 60, 67, 76, 80, 85, 90, 103, 104, 106, 113, 114, 121, 122, 124, 125, 132, 136, 147, 168, 177, 182, 187, 195, 197, 199, 200, 201, 203, 205, 206, 209, 213, 218, 220, 250, 257, 261, 277, 278, 280, 281, 283, 284, 286, 287, 293, 294, 312, 324, 339, 340, 342, 356, 396

poin

polio 333, 335, 364

politik 6, 8, 10, 11, 15, 17, 25, 30, 39, 41, 58, 59, 60, 64, 69, 72, 75, 116, 170, 199, 255, 256, 257, 308, 325, 385, 386, 392, 400, 401, 404

polusi udara 170

populasi tuan rumah

praktik pemberian makan

pribadi 22, 64, 66, 80, 83, 92, 100, 103, 104, 105, 110, 118, 119, 122, 132, 133, 136, 258, 261, 267, 271, 272, 278, 309, 314, 321, 339

Prinsip Inti

Prinsip Perlindungan 2, 16, 25, 35, 38, 40, 41, 42, 43, 45, 67, 69, 105, 111, 118, 166, 171, 172, 212, 219, 248, 255, 257, 258, 278, 281, 304, 322, 342

prinsip umum 28, 29, 31, 385

privasi 67, 68, 109, 114, 118, 125, 148, 251, 262, 263, 265, 266, 267, 308, 311, 313, 340

produk darah 317, 318, 347

produksi makanan

produksi pangan 218, 219

produksi primer 216

Program Imunisasi Lengkap 335, 406

program makan

program pemberian makanan tambahan 180, 181, 182, 184, 186, 209, 325

promosi hygiene iii, 101, 102, 104, 106, 107, 108, 109, 113, 118, 120, 121, 123, 128, 131, 132, 133, 139, 142, 146, 147, 170, 178, 185

properti budaya

proses pendaftaran, bantuan makanan

protection 47, 48, 49, 50, 159, 160, 243, 302, 392, 398

psikososial x, 3, 15, 37, 42, 49, 72, 76, 83, 92, 145, 188, 196, 206, 267, 310, 341, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 355, 356, 357

psikotropika 350

R

radang paru-paru

rakyat

ramalan, obat-obatan esensial

ranjau darat 39, 41, 259, 390

ransum/jatah basah

ransum kering

rantai air 102, 120

rantai pasokan 11, 26, 203, 219, 347

referensi/bacaan lebih lanjut

rehabilitasi 186, 188, 216, 223, 264, 306, 318, 336, 345, 346, 347, 348, 401

rehabilitasi, pasien

reintegrasi sosial 348

reintegrasi sosial, pasien

rekomendasi vii, 78, 148, 196, 198, 236, 282, 284, 301

relawan 4, 15, 73, 79, 81, 83, 86, 92, 313, 316, 318, 344, 349, 351

relevansi 201

rencana perawatan

respons cepat, penilaian gizi

respons dini

respons kemanusiaan ii, iii, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 13, 15, 16, 19, 56, 60, 61, 66, 78, 80, 89, 102, 173, 203, 252, 256, 266, 310, 351, 396,

respons wabah 138

risiko 10, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 36, 37, 38, 39, 40, 43, 45, 58, 59, 62, 63, 64, 66, 68, 70, 73, 79, 80, 81, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 93, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 109, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 124, 126, 129, 130, 132, 133, 134, 135, 136, 138, 140, 144, 148, 149, 168, 174, 178, 180, 182, 186, 187, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 196, 197, 198, 199, 201, 205, 206, 209, 210, 212, 215, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 225, 228, 229, 232, 255, 257, 258, 260, 261, 263, 264, 266, 267, 268, 273, 278, 279, 281, 283, 285, 286, 287, 288, 296, 306, 308, 309, 314, 316, 320, 323, 324, 325, 326, 327, 332, 333, 334, 335, 336, 339, 341, 344, 345, 347, 348, 349, 352, 353, 354, 358, 363, 364, 394, 395, 404,

risiko kesehatan masyarakat 102, 103, 106,

107, 119, 120, 121, 122, 124, 126, 134, 136,

138, 209, 220, 222, 268, 363

risiko perlindungan 18, 22, 23, 38, 39, 59, 105, 117, 134, 135, 255, 257, 266

ruang tamu

rumah sakit lapangan 321, 346, 348, 356

rumah tangga non-pengungsi

S

saling melengkapi 41, 45, 73, 173, 175

saluran limbah 109, 115, 119, 120, 123, 129, 131, 134, 149, 258, 261, 263, 264, 267, 282, 283, 295

sampah 111, 114, 118, 122, 128, 134, 135, 136, 137, 139, 141, 143, 144, 150, 170, 208, 314, 316, 325, 326,

sampah pasar 137

sedang belajar

sekolah, WASH

seksual dan reproduksi 14, 316

sektor swasta 17, 28, 75, 104, 118, 148, 150, 252

seleksi, obat-obatan esensial

senjata terbatas

sensitivitas

singkatan

sipil-militer x, 75, 105, 172, 308

sistem informasi

sistem informasi kesehatan 320, 321, 346, 354, 359

sistem informasi manajemen kesehatan 321

sistem pengawasan kesehatan 190, 321

sistem peradilan 44

sistem sumber daya manusia

skenario penyelesaian

Sphere i, ii, iii, iv, v, vi, vii, viii, ix, x, xi, 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 17, 18, 20, 21, 28, 30, 31, 32, 37, 54, 56, 57, 60, 61, 75, 97, 102, 104, 105, 170, 171, 172, 250, 254, 255, 306, 307, 308, 309, 319, 383, 384, 385, 396,

Standar Kemanusiaan Inti tentang Kualitas dan standar. lihat juga Standar Minimum

Standar Minimum ii, 6, 7, 8, 9, 10, 15, 17, 20, 22, 28, 30, 31, 32, 102, 104, 105, 115, 121, 138, 168, 171, 174, 254, 306, 307, 407

Standar Profesional untuk Pekerja Perlingdungan 43

standar sandingan

strategi 3, 7, 9, 11, 13, 14, 15, 23, 45, 61, 63, 64, 68, 69, 75, 78, 81, 87, 88, 89, 91, 103, 106, 115, 127, 131, 149, 168, 169, 170, 173, 175, 176, 180, 181, 185, 189, 198, 199, 200, 201, 206, 211, 216, 217, 220, 221, 224, 225, 250, 252, 258, 266, 283, 289, 315, 333, 345,

354, 394, 400,

strategi keluar 127

strategi mengatasi

struktur 3, 5, 6, 13, 56, 63, 76, 88, 91, 92, 103, 108, 118, 120, 127, 138, 146, 201, 202, 229, 236, 251, 252, 258, 263, 264, 268, 273, 283, 286, 292, 293, 294, 295, 307, 313, 346, 358, 401

sumber daya 8, 10, 13, 16, 17, 19, 21, 23, 24, 25, 60, 65, 75, 85, 92, 128, 138, 146, 149, 174, 251, 257, 258, 260, 275, 278, 280, 281, 282, 283, 284, 286, 287, 294, 400, 402

sumber daya alam 19, 21, 23, 24, 280, 281, 282, 283, 284

suplementasi, zat gizi mikro

survei antropometri

surveilans, deteksi wabah, dan susu formula

surveilans kematian

T

TBC 182, 186

tinja 100, 101, 102, 107, 109, 110, 112, 113, 117, 120, 122, 123, 124, 127, 128, 129, 130, 131, 138, 139, 140, 142, 143, 148, 149, 151, 155, 156, 160, 161,

tinja manusia 107, 122, 131

tinja sebagai

transfusi darah 318, 340, 343

transmisi tinja-mulut

transparansi 68, 86, 402

trauma 83, 304, 318, 323, 336, 345, 346, 347, 348, 363, 364, 378,

triase 311, 313, 336, 345, 346, 347

tuberkulosis 183, 186, 187, 204, 323, 329, 330, 407

V

Vaksin 325, 332, 333, 334, 335

Vaksinasi 143

ventilasi 265, 267, 268, 313, 318, 325, 330, 411

virus demam berdarah 411

W

Wabah penyakit 411

wadah 64, 105, 107, 109, 110, 113, 118, 119, 120, 123, 127, 130, 131, 136, 143, 147, 151, 208, 215, 269, 270, 411

WASH 5, 25, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 111, 113, 114, 117, 118, 119, 122, 126, 128, 130, 134, 138, 139, 140, 142, 146, 147, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 168, 170, 178, 182, 192, 194, 195, 196, 197, 209, 215, 254, 258, 262, 263, 267, 268, 269, 270, 281, 283, 295, 310, 311, 313, 314, 318, 324, 325, 326, 332, 342, 359, 407, 411

WASH umum 411

Z

zat gizi mikro 166, 167, 179, 189, 190, 191, 192, 195, 196, 197, 198, 204, 205, 206, 233, 242, 411




Buku Sphere menghadirkan suatu pendekatan prinsipil terhadap mutu dan akuntabilitas respons kemanusiaan. Secara praktis menerjemahkan keyakinan inti Sphere bahwa semua penduduk terdampak bencana atau konflik memiliki hak hidup bermartabat dan hak untuk menerima bantuan kemanusiaan.

Piagam Kemanusiaan adalah penunjuk arah Sphere, dengan Prinsip-prinsip Perlindungan dan Standar Kemanusiaan Inti memberikan dasar yang menginformasikan semua sektor-sektor bantuan. Standar-standar teknis merangkai prioritas-prioritas untuk memastikan respons dalam empat sektor kehidupan utama, yaitu: air, sanitasi, dan promosi higiene; ketahanan pangan dan gizi; hunian dan permukiman; dan kesehatan.

Standar-standar minimum yang terukur menggambarkan kebutuhan yang perlu dipenuhi dalam suatu respons kemanusiaan agar warga bertahan dan membangun kembali kehidupan dan penghidupannya dengan cara yang menghargai suara dan mempromosikan martabat hidupnya. Tindakan-tindakan kunci, indikator-indikator dan catatan-catatan panduan memberikan cara menerapkan standar-standar ini dalam beragam situasi. Bab-bab semuanya terkait dan saling menguatkan satu sama lain.

Kekuatan buku Sphere terletak pada universalitas dan adaptabilitasnya dalam segala kondisi kemanusiaan. Sphere dimiliki secara luas dalam sektor-sektor kemanusiaan dan memberikan suatu bahasa kerja yang sama dengan semua pemangku kepentingan mutu dan akuntabilitas dalam situasi kemanusiaan.



 www.spherestandards.org
 www.facebook.com/SphereNGO
 www.twitter.com/spherepro

Kemitraan Standar-standar Kemanusiaan adalah suatu kerjasama antara inisiatif standar-standar untuk memanfaatkan bukti, pendapat para pakar dan praktik terbaik dan menggunakannya untuk memperbaiki mutu dan akuntabilitas respons kemanusiaan.

ISBN 978-623-98462-0-6

