



KEMENTERIAN  
KESEHATAN  
REPUBLIK  
INDONESIA



# BAHAN AJAR BIDAN

Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM)  
Kesehatan Reproduksi pada Krisis Kesehatan



IKATAN BIDAN INDONESIA (IBI)  
JAKARTA - 2021





# BAHAN AJAR BIDAN

Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM)  
Kesehatan Reproduksi pada Krisis Kesehatan

IKATAN BIDAN INDONESIA (IBI)  
JAKARTA - 2021

# KATA PENGANTAR

## IKATAN BIDAN INDONESIA (IBI)

Puji syukur ke hadirat Allah SWT, Tuhan Yang Maha Esa, yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya sehingga kami dapat menyelesaikan Modul Bahan Ajar Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi (Kespro) pada Situasi Krisis Kesehatan. Modul ini disusun sebagai revisi dari Pedoman Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi pada Situasi Krisis Kesehatan yang telah terbit tahun 2019.

Melalui prosesi penelaahan dan analisis kebutuhan di lapangan, 12 topik yang telah diterbitkan tahun 2019 saat ini menjadi 14 topik yang terdiri dari : 1). Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) dan Kebijakan Pemerintah Tentang Kesehatan Reproduksi pada Situasi Krisis Kesehatan, 2) Mekanisme Koordinasi untuk Implementasi PPAM dan Penilaian Kebutuhan PPAM Kesehatan Reproduksi, 3) Pencegahan dan Penanganan Kekerasan Seksual dan Merespon Kebutuhan Penyintas, 4) Mencegah Penularan dan Mengurangi Kesakitan dan Kematian Akibat HIV dan Infeksi Menular Seksual (IMS) Lainnya, 5) Pencegahan Kesakitan dan Kematian Maternal dan Neonatal pada Situasi Krisis Kesehatan, 6) Pelayanan Keluarga Berencana pada Situasi Krisis Kesehatan, 7) Kesehatan Reproduksi Remaja dan Pelibatan Remaja Pada Situasi Krisis Kesehatan, 8) Pelayanan Minimum Kesehatan Balita pada Situasi Krisis Kesehatan, 9) Pelayanan Minimum Kesehatan Lanjut Usia (PMKL), 10) Merencanakan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Komprehensif dan Terintegrasi ke Dalam Pelayanan Kesehatan Primer pada Situasi Stabil Pascakrisis Kesehatan, 11) Logistik Untuk Pelaksanaan PPAM Pada Situasi Krisis Kesehatan, 12) Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan PPAM Kesehatan Reproduksi, 13) Peran Bidan dalam Memberikan Dukungan Psikososial pada Situasi Krisis Kesehatan dan 14) Persiapan Bidan untuk Mendukung Pelaksanaan PPAM Pada Situasi Krisis Kesehatan

Modul Bahan Ajar ini bersifat praktis, aplikatif disertai dengan *mind map* sehingga dapat menjadi acuan cepat bagi bidan sebagai garda terdepan dalam merespon penyediaan pelayanan kesehatan reproduksi pada situasi krisis di lapangan.

Terima kasih kami ucapkan kepada semua pihak, terutama United Nations Population Fund (UNFPA) Indonesia, tim penyusun dari IBI dan semua pihak yang telah memberikan dukungan, pendampingan serta kontribusi dalam penyusunan 14 topik pada modul ini.

Kami berharap modul ini dapat dijadikan acuan bagi bidan. Semoga Tuhan Yang Maha Esa senantiasa melindungi dan meridhoi kerja keras kita semua agar bidan dapat tetap memberikan pelayanan yang berkualitas meskipun berada pada situasi krisis bencana.

Saran dan masukan dalam upaya penyempurnaan modul ini terus kami harapkan. Semoga modul ini dapat bermanfaat dalam upaya meningkatkan pelayanan kesehatan reproduksi pada krisis kesehatan.

Jakarta, September 2021



**Dr. Emi Nurjasmi, M.Kes**

Ketua Umum Ikatan Bidan Indonesia

# KATA PENGANTAR

## PERWAKILAN UNFPA INDONESIA

**B**erada di wilayah *ring of fire*, Indonesia berisiko tinggi mengalami bencana alam seperti gempa bumi, gunung meletus, banjir, kekeringan, tanah longsor, kebakaran hutan, dan tsunami. Kerentanan terhadap bencana alam ini berdampak buruk terhadap kesehatan reproduksi di Indonesia.

Saat terjadi bencana, kerentanan perempuan dan anak perempuan seringkali meningkat. Banyak yang terpaksa melahirkan di lingkungan yang tidak aman dengan fasilitas dan layanan yang kurang memadai, sehingga risiko kematian dan disabilitas tinggi. Krisis juga memperburuk ketimpangan sosial dan ketidaksetaraan gender, di mana hak-hak perempuan dan anak perempuan seringkali dipinggirkan. Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) mengurangi dampak bencana kemanusiaan tersebut dengan menyediakan layanan kesehatan seksual dan reproduksi (KSR) yang komprehensif kepada semua anggota populasi yang terkena dampak krisis.

Pada tahun 2018, Kelompok Kerja Antarlembaga untuk Kesehatan Reproduksi dalam Krisis (*Inter Agency Working Group for Reproductive Health in Crises*) telah membarui pedoman PPAM internasional sesuai kebutuhan. Dana Kependudukan Perserikatan Bangsa-Bangsa (UNFPA) dan Kementerian Kesehatan Indonesia pun turut membarui pedoman nasional PPAM yang disesuaikan dengan situasi dan kondisi di Indonesia. Pedoman Nasional PPAM yang baru ini juga mengakomodasi pembelajaran-pembelajaran dari penanganan kebencanaan pasca gempa bumi dan tsunami di Sulawesi Tengah pada 2018.

Bidan bekerja di garda terdepan dalam memberikan layanan kesehatan reproduksi kepada masyarakat yang terdampak bencana. Oleh karena itu, bidan perlu diperlengkapi dengan ilmu pengetahuan terkini dalam penanganan situasi bencana agar dapat memberikan layanan yang optimal.

Buku ajar ini terdiri dari 6 komponen utama PPAM, dan 2 komponen pengembangan Subklaster Kesehatan Reproduksi, Kebijakan Pemerintah tentang Kesehatan Reproduksi pada Situasi Krisis Kesehatan, Monitoring dan Evaluasi, dan Peran Bidan dalam Memberikan Dukungan Pelaksanaan PPAM.

Kami dengan senang hati mendukung mitra kami, Ikatan Bidan Indonesia dan Kementerian Kesehatan, dalam pengembangan Buku Ajar PPAM IBI ini. Besar harapan kami buku ajar ini dapat menjadi referensi berharga dalam mempersiapkan para mahasiswa kebidanan agar dapat memberikan layanan kesehatan reproduksi yang terintegrasi yang optimal selama krisis kesehatan di Indonesia.

Jakarta, 30 September 2021

**Anjali Sen**

Perwakilan UNFPA Indonesia

# DAFTAR KONTRIBUTOR

Bahan Ajar PPAM Kesehatan Reproduksi untuk mahasiswa kebidanan ini pertama kali disusun pada tahun 2015. Produk ini kemudian dikembangkan pada tahun 2019 dan 2021 sesuai dengan perkembangan Pedoman PPAM Kesehatan Reproduksi terbaru.

## **Kontributor Edisi 2015:**

1. Dr. Emi Nurjasmi, M.Kes (PP IBI)
2. Masyitha, SST, SKM, M.Kes (PP IBI)
3. Indra Supradewi, SKM, MKM (PP IBI)
4. Rizqi Amelia, AM.Keb (PP IBI)
5. Ribka Sebayang (Sub.Dit Kespro – Dit Bina Kes. Ibu Kemenkes)
6. Dr. Syarifudin (Pusat Penanggulangan Krisis Kemenkes)
7. Yopita Ratnasari, SST (Pusdiklatnakes – PPSDM Kes)
8. Herlyssa, SST, M.Kes (Poltekkes Jakarta III)
9. Willa Follona, SST, M. Keb (Poltekkes Jakarta III)
10. Herlina Mansur, SST (Akbid Sismadi)
11. Kusuma Dini, AmKeb, MKM (Akbid Sismadi)
12. dr. Rosilawati Anggraini (UNFPA)
13. Yolanda Piliang (UNFPA)

## **Kontributor Edisi 2019:**

1. Dr. Emi Nurjasmi, M.Kes (PP IBI)
2. Masyitha, SST, SKM, M.Kes (PP IBI)
3. Dr. Indra Supradewi, SKM, MKM (PP IBI)
4. Siti Fatimah, S.Keb., Bd. (PP IBI)
5. Herry Heryadi (BKKBN)
6. Ratnasari W. (BKKBN)
7. Erick Irawati (Pusdik PPSDM)
8. Gozali (Pusat Penanggulangan Krisis Kemenkes)
9. Ratna Sari Juwita (Subdit Kespro, Dit. Kesga Kemenkes)
10. Ika Permata Sari (Dit. Kesga Kemenkes)
11. Maria Sondang Margaret (Subdit Matneo, Dit. Kesga Kemenkes)
12. Linda Siti R (Subdit Usia Sekolah, Dit. Kesga Kemenkes)
13. Herlyssa, SST, M.Kes (Poltekkes Jakarta III)
14. Willa Follona, SST, M. Keb (Poltekkes Jakarta III)
15. Kusuma Dini, AmKeb, MKM (Akbid Kartika Mitra Husada)
16. Herlina Mansur, SST, MKM (Akbid Sismadi)
17. Andrie Daniel (Yayasan Pulih)
18. I. G. A. A. Jackie Viemilawati (Yayasan Pulih)
19. Elisabeth A. Sidabutar (UNFPA)
20. Damaryanti Suryaningsih, M.Kes (UNFPA)
21. Lukmanul Hakim

**Kontributor Edisi 2021:**

1. Dr. Emi Nurjasmı, M.Kes (PPIBI)
2. Dr. Ade Jubaedah, SSiT, MM, MKM (PPIBI)
3. Dr. Indra Supradewi, SKM, MKM (PPIBI)
4. Herlina Mansur, SST, MKM (Akbid Sismadi)
5. Kusuma Dini, AmKeb, MKM (Akbid Kartika Mitra Husada)
6. dr. Rosilawati Anggraini, MMD (Konsultan)
7. Elisabeth A. Sidabutar, S.Pi, MMD (UNFPA)
8. Ns. Ria Ulina, S.Kep, MPH (UNFPA)
9. dr. Elvira Liyanto (UNFPA)

# DAFTAR SINGKATAN

<b>ARV</b>	: Antiretroviral
<b>BNPB</b>	: Badan Nasional Penanggulangan Bencana
<b>BPBD</b>	: Badan Penanggulangan Bencana Daerah
<b>ODHIV</b>	: Orang dengan HIV
<b>HIMPSI</b>	: Himpunan Psikologi Indonesia
<b>IAFM</b>	: <i>Inter-Agency Field Manual</i> (Pedoman Lapangan Antar Lembaga)
<b>IAWG</b>	: <i>Inter-Agency Working Group</i> (Kelompok Kerja Antar Lembaga)
<b>IBI</b>	: Ikatan Bidan Indonesia
<b>IMS</b>	: Infeksi Menular Seksual
<b>KBG</b>	: Kekerasan Berbasis Gender
<b>KPPPA</b>	: Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak
<b>MTBS</b>	: Manajemen Terpadu Balita Sakit
<b>NSPK</b>	: Norma Standar Prosedur Kriteria
<b>PFA</b>	: Psychological First Aid (Dukungan Psikologis Awal)
<b>PMBA</b>	: Pemberian Makan Bayi dan Anak
<b>PMKL</b>	: Paket Minimum Kesehatan Lanjut usia
<b>PPAM</b>	: Paket Pelayanan Awal Minimum
<b>PPIA</b>	: Pencegahan Penularan Ibu ke Anak
<b>PPKBG</b>	: Pencegahan dan Penanganan Kekerasan Berbasis Gender dan Pemberdayaan Perempuan
<b>PPP</b>	: Profilaksis Pascapajanan
<b>PSEA</b>	: Prevention of Sexual Abuse and Exploitation (Pencegahan Kekerasan dan Eksploitasi Seksual)
<b>WUS</b>	: Wanita Usia Subur
<b>RHA</b>	: Rapid Health Assessment (Penilaian Kesehatan Cepat)



# DAFTAR TABEL

<b>Tabel 1</b> : Penjelasan tentang PPAM .....	20
<b>Tabel 2</b> : Data pelayanan kesehatan reproduksi di 15 tenda kesehatan reproduksi pasca bencana di Sulawesi Tengah, 2018 .....	26
<b>Tabel 3</b> : Pelaksanaan PPAM pada setiap tahapan krisis kesehatan .....	28
<b>Tabel 4</b> : Perbandingan komponen PPAM di tingkat global dengan penyesuaian di Indonesia .....	29
<b>Tabel 5</b> : Subklaster dan tim di bawah klaster kesehatan .....	42
<b>Tabel 6</b> : Rapat yang dilakukan pada setiap tahapan krisis kesehatan .....	48
<b>Tabel 7</b> : Pendataan organisasi yang bekerja di bidang kesehatan reproduksi .....	49
<b>Tabel 8</b> : Data estimasi statistik yang dapat diperoleh dari kalkulator PPAM .....	53
<b>Tabel 9</b> : Penghitungan estimasi ibu hamil, melahirkan dan bayi baru lahir secara manual .....	53
<b>Tabel 10</b> : Data estimasi statistik yang dapat diperoleh dari hasil survei dan sensus penduduk.....	54
<b>Tabel 11</b> : Dampak Fisik Kekerasan Seksual.....	65
<b>Tabel 12</b> : Dampak Psikologis/Mental Kekerasan Seksual.....	66
<b>Tabel 13</b> : Dampak Sosial, Budaya, dan Ekonomi Kekerasan Seksual .....	66
<b>Tabel 14</b> : Daftar tilik pelayanan klinis penyintas kekerasan seksual .....	69
<b>Tabel 15</b> : Merencanakan pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif menggunakan blok pembangun sistem kesehatan .....	206
<b>Tabel 16</b> : Perbandingan kit kesehatan reproduksi di tingkat global dan yang telah diadaptasi di Indonesia .....	216
<b>Tabel 17</b> : Isi dari komoditas pelengkap kit kesehatan reproduksi .....	218
<b>Tabel 18</b> : Jenis kit individu yang ada di Indonesia .....	219
<b>Tabel 19</b> : Pendirian tenda kesehatan reproduksi .....	221
<b>Tabel 20</b> : Daftar indikator umum untuk memantau pelaksanaan PPAM untuk transisi ke tahap darurat ke tahap pemulihan awal (indikator berakhirnya dukungan subklaster kesehatan reproduksi dari pusat) .....	232



# DAFTAR ISI

<b>KATA PENGANTAR IKATAN BIDAN INDONESIA (IBI)</b> .....	4
<b>KATA PENGANTAR UNFPA REPRESENTATIVE IN INDONESIA</b> .....	5
<b>DAFTAR KONTRIBUTOR</b> (dilengkapi IBI) .....	6
<b>DAFTAR SINGKATAN</b> .....	8
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	9
<b>MATERI I</b>	
PAKET PELAYANAN AWAL MINIMUM (PPAM) DAN KEBIJAKAN PEMERINTAH TENTANG KESEHATAN REPRODUKSI PADA SITUASI KRISIS KESEHATAN .....	13
<b>MATERI II</b>	
MEKANISME KOORDINASI UNTUK IMPLEMENTASI PPAM DAN PENILAIAN KEBUTUHAN PPAM KESEHATAN REPRODUKSI .....	37
<b>MATERI III</b>	
PENCEGAHAN DAN PENANGANAN KEKERASAN SEKSUAL DAN MERESPON KEBUTUHAN PENYINTAS .....	59
<b>MATERI IV</b>	
MENCEGAH PENULARAN DAN MENGURANGI KESAKITAN DAN KEMATIAN AKIBAT HIV DAN INFEKSI MENULAR SEKSUAL (IMS) LAINNYA .....	95
<b>MATERI V</b>	
PENCEGAHAN KESAKITAN DAN KEMATIAN MATERNAL DAN NEONATAL PADA SITUASI KRISIS KESEHATAN .....	115
<b>MATERI VI</b>	
MENCEGAH KEHAMILAN YANG TIDAK DIRENCANAKAN .....	141
<b>MATERI VII</b>	
KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA DAN PELIBATAN REMAJA PADA SITUASI KRISIS KESEHATAN .....	159
<b>MATERI VIII</b>	
PELAYANAN MINIMUM KESEHATAN BALITA PADA SITUASI KRISIS KESEHATAN .....	173
<b>MATERI IX</b>	
PELAYANAN MINIMUM KESEHATAN LANJUT USIA (PMKL) .....	187
<b>MATERI X</b>	
MERENCANAKAN PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI KOMPREHENSIF DAN TERINTEGRASI KE DALAM PELAYANAN KESEHATAN PRIMER PADA SITUASI STABIL Pascakrisis KESEHATAN .....	201

<b>MATERI XI</b>	
LOGISTIK UNTUK PELAKSANAAN PPAM PADA SITUASI KRISIS KESEHATAN .....	210
<b>MATERI XII</b>	
MONITORING DAN EVALUASI PELAKSANAAN PPAM KESPRO .....	229
<b>MATERI XIII</b>	
PERAN BIDAN DALAM MEMBERIKAN DUKUNGAN PSIKOSOSIAL PADA SITUASI KRISIS KESEHATAN .....	239
<b>MATERI XIV</b>	
PERSIAPAN BIDAN UNTUK MENDUKUNG PELAKSANAAN PPAM PADA SITUASI KRISIS KESEHATAN .....	259

# MATERI 1

**PAKET PELAYANAN AWAL MINIMUM (PPAM)  
DAN KEBIJAKAN PEMERINTAH TENTANG KESEHATAN  
REPRODUKSI PADA SITUASI KRISIS KESEHATAN**



## I. DESKRIPSI SINGKAT

Materi ini membahas tentang definisi Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM), pentingnya PPAM Kesehatan Reproduksi, komponen-komponen dari PPAM dan cara mengakses alat bantu dan sumber daya untuk mendukung pelaksanaan PPAM Kesehatan Reproduksi pada situasi krisis kesehatan. Pada bagian kedua akan dibahas tentang kebijakan pemerintah tentang pelayanan kesehatan reproduksi pada krisis kesehatan, meliputi definisi kesehatan reproduksi, hak-hak kesehatan reproduksi, ruang lingkup, masalah kesehatan reproduksi, kebijakan dan strategi nasional tentang pelayanan kesehatan reproduksi pada krisis kesehatan. Di materi ini juga dibahas tentang peran strategis bidan dalam mendukung pelaksanaan PPAM pada krisis kesehatan.

## II. TUJUAN PEMBELAJARAN

### A. Hasil belajar

Setelah mempelajari materi ini, peserta didik diharapkan mampu memahami tentang konsep, kebijakan PPAM dan penerapannya pada situasi darurat bencana.

### B. Indikator hasil belajar

Setelah mengikuti sesi ini, peserta diharapkan mampu:

1. Menjelaskan definisi kesehatan reproduksi.
2. Menjelaskan hak-hak kesehatan reproduksi.
3. Menjelaskan ruang lingkup kesehatan reproduksi.
4. Menjelaskan definisi PPAM kesehatan reproduksi pada krisis kesehatan.
5. Menjelaskan pentingnya PPAM Kesehatan reproduksi pada krisis kesehatan.
6. Menjelaskan 9 komponen PPAM kesehatan reproduksi pada krisis kesehatan.
7. Langkah-langkah implementasi PPAM kesehatan reproduksi pada krisis kesehatan.
8. Menjelaskan kebijakan dan strategi nasional tentang pelayanan kesehatan reproduksi pada krisis kesehatan.
9. Membahas peran strategis bidan dalam mendukung implementasi PPAM pada krisis kesehatan.

## III. POKOK BAHASAN

Dalam modul ini akan membahas mengenai:

1. Definisi kesehatan reproduksi
2. Hak-hak kesehatan reproduksi
3. Ruang lingkup kesehatan reproduksi
4. Definisi PPAM kesehatan reproduksi pada krisis kesehatan
5. Pentingnya PPAM kesehatan reproduksi pada krisis kesehatan
6. Komponen PPAM kesehatan reproduksi pada krisis kesehatan

7. Langkah-langkah implementasi PPAM kesehatan reproduksi pada krisis kesehatan
8. Kebijakan dan strategi nasional tentang pelayanan kesehatan reproduksi pada krisis kesehatan
9. Peran strategis bidan dalam mendukung implementasi PPAM pada krisis kesehatan.

#### IV. BAHAN BELAJAR

1. Modul PPAM dan Kebijakan Pemerintah tentang Pelayanan Kesehatan Reproduksi pada Situasi Krisis Kesehatan
2. LCD
3. Laptop
4. Papan tulis/lembar *flipchart*
5. Spidol

#### V. LANGKAH-LANGKAH PEMBELAJARAN

Menggunakan pendekatan *student-centered learning*.

#### VI. URAIAN MATERI

##### A. Pengetahuan Dasar Krisis Kesehatan

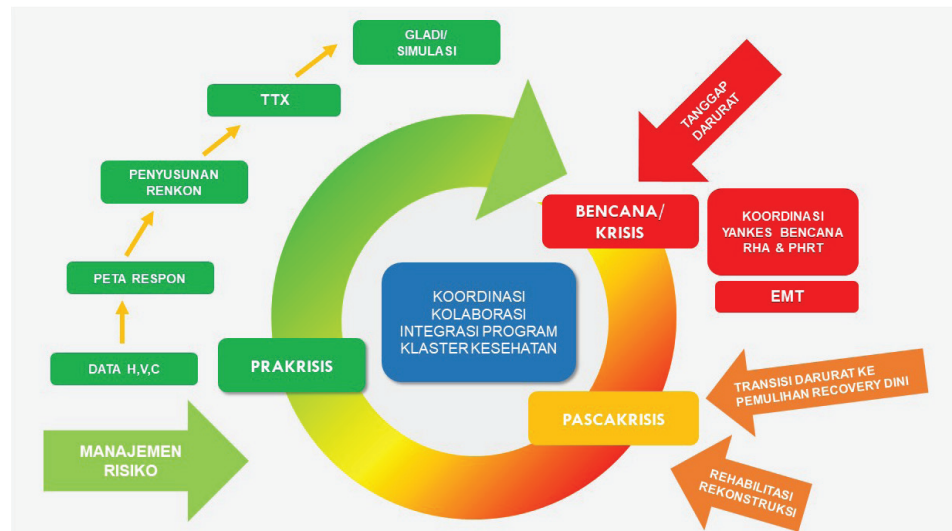
Hal pertama yang perlu dipelajari dan dipahami dalam PPAM adalah mengetahui tentang definisi operasional dari krisis kesehatan dan PPAM.

##### 1. Definisi krisis kesehatan dan kesehatan reproduksi

**Krisis kesehatan** adalah peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengakibatkan timbulnya korban jiwa, korban luka/sakit, pengungsian, dan/atau adanya potensi bahaya yang berdampak pada kesehatan masyarakat yang membutuhkan respon cepat di luar kebiasaan normal dan kapasitas kesehatan tidak memadai.

Krisis kesehatan dapat disebabkan oleh bencana alam, bencana non-alam atau faktor sosial. Menurut data BNPB, pada tahun 2019 terjadi 9.391 bencana alam dan sebanyak 5,3 juta orang terdampak dan mengungsi dan sampai dengan tanggal 31 Mei 2020 telah terjadi 1.607 bencana alam di 2020 dan sebanyak 534.000 penduduk terdampak dan mengungsi.

Penanggulangan krisis kesehatan tidak lepas dari paradigma manajemen risiko yang mengacu pada Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015-2030 yang tergambar sebagai berikut:



Gambar 1. Indeks Pengurangan Risiko Krisis Kesehatan

Indeks pengurangan risiko krisis kesehatan mengacu empat indikator utama yaitu:

1. **Indeks Risiko (R)**, yang bertujuan untuk memberikan informasi tingkat risiko bencana sehingga dapat digunakan oleh pemerintah daerah untuk melakukan analisis sebagai dasar pembentukan kebijakan kelembagaan, kegiatan, perencanaan, statistik dan operasionalisasi penanggulangan bencana. Di Indonesia, indeks risiko sering dikenal dengan istilah IRBI atau indeks risiko bencana Indonesia, yang dihitung berdasarkan rumus:

$$\text{Risk} = \frac{\text{Hazard} \times \text{Vulnerability}}{\text{Capacity}}$$

Perhitungan tingkat risiko dapat dilakukan di tiap kabupaten/kota dengan memperhatikan faktor *hazard* (bahaya), *vulnerability* (kerentanan) dan *capacity* (kapasitas). Idealnya indeks risiko harus diturunkan.

2. **Hazard (H)** idealnya harus dikelola atau dicegah. *Hazard* dihitung berdasarkan probabilitas spasial, frekuensi dan kekuatan (*magnitude*) dari suatu fenomena, termasuk fenomena alam, non alam atau sosial. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana mengelompokkan jenis-jenis bencana sebagai berikut:
  - a. Bencana alam, seperti gempa bumi, letusan gunung berapi, angin topan, tanah longsor, kekeringan, kebakaran hutan/lahan karena faktor alam, hama penyakit tanaman, epidemi, wabah, kejadian luar biasa, dan kejadian antariksa/benda-benda angkasa.
  - b. Bencana nonalam, meliputi kebakaran hutan/lahan yang disebabkan oleh manusia, kecelakaan transportasi, kegagalan konstruksi/teknologi, dampak industri, ledakan nuklir, pencemaran lingkungan dan kegiatan keantariksaan
  - c. Bencana sosial, seperti seperti kerusakan sosial dan konflik sosial.



3. **Vulnerability (V)** atau kerentanan adalah faktor yang memperberat dampak bencana, yang dihitung berdasarkan parameter sosial budaya, ekonomi, fisik dan lingkungan. Kerentanan dapat ditemukan pada balita, lansia, ibu hamil, ibu menyusui, penyandang disabilitas, dan komorbid, atau terkait dengan tingkat kesehatan masyarakat, perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), dan zona risiko COVID-19. Kerentanan merupakan faktor yang dapat memperberat dampak bencana.
4. **Capacity (C)** atau kapasitas merupakan satu-satunya hal yang bisa dimodifikasi atau ditingkatkan. Jika dinilai dengan menggunakan pendekatan tingkat ketahanan daerah, terdapat tujuh prioritas yang dapat meningkatkan kapasitas:
  - a. Penguatan kebijakan dan kelembagaan
  - b. Pengkajian risiko dan perencanaan terpadu
  - c. Pengembangan sistem informasi, pendidikan dan pelatihan (diklat), dan logistik
  - d. Penanganan tematik kawasan rawan bencana
  - e. Peningkatan efektifitas pencegahan dan mitigasi bencana
  - f. Penguatan kesiapsiagaan dan penanggulangan darurat bencana
  - g. Pengembangan sistem pemulihan bencana

Selain tujuh prioritas tersebut, diperlukan upaya peningkatan kapasitas seperti penyiapan sumberdaya manusia (SDM) kesehatan, penyiapan sarana dan prasarana, manajemen seperti koordinasi, kolaborasi dan integrasi, penyusunan peraturan, pedoman, *standard operating procedure* (SOP), hingga upaya untuk melakukan pemberdayaan masyarakat.

Ada tiga kondisi yang mungkin terjadi dalam upaya tanggap darurat krisis kesehatan :

1. Analisis/kaji cepat kesehatan/*rapid health assessment* (RHA) dilakukan dalam kondisi data yang masih sangat terbatas. Pada tahap ini, Pusat Krisis Kesehatan akan turun ke lapangan untuk melakukan RHA. Tim siaga kesehatan reproduksi dapat memanfaatkan kalkulator PPAM (dapat dilihat pada materi MPI 3)
2. Menyusun rekomendasi/strategi secara cepat dan berani mengambil risiko yang terukur
3. Respon cepat dalam kondisi sumberdaya yang terbatas. Untuk mengatasi situasi ini, ada upaya utama yang harus dilakukan guna menjaga keberlangsungan program yaitu (1) fleksibilitas dan adaptasi cepat untuk mencapai indikator minimal sesuai perkembangan situasi, dan (2) terus memperbarui informasi terkini.

Penanggulangan krisis kesehatan dilaksanakan secara berjenjang dari tingkat kabupaten hingga nasional, dengan mempertimbangkan ketersediaan sumberdaya dan kemampuan pemerintah daerah. Kegiatan

identifikasi dan pendataan sumber daya yang dimiliki oleh masing-masing organisasi dilakukan pada saat sebelum bencana, sehingga ketika krisis kesehatan terjadi, koordinator kesehatan reproduksi dapat melakukan aktivasi organisasi dan lembaga yang ada di daerah tersebut.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2019, kegiatan penanggulangan krisis kesehatan diselenggarakan sesuai dengan 3 tahapan krisis kesehatan yang meliputi

#### a. Prakrisis Kesehatan

Merupakan serangkaian kegiatan kesiagaan krisis kesehatan yang dilakukan pada situasi tidak terjadi bencana atau situasi terdapat potensi terjadinya bencana yang meliputi kegiatan perencanaan penanggulangan krisis kesehatan, pengurangan risiko krisis kesehatan, pendidikan dan pelatihan, penetapan persyaratan standar teknis dan analisis penanggulangan krisis kesehatan, kesiapsiagaan dan mitigasi kesehatan;

#### b. Tanggap darurat krisis kesehatan:

Merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan dengan segera pada saat kejadian akibat bencana untuk menangani dampak kesehatan yang ditimbulkan, yang meliputi kegiatan penyelamatan dan evakuasi korban, pemenuhan kebutuhan dasar, perlindungan dan pemulihan korban, memastikan ketersediaan prasarana serta fasilitas pelayanan kesehatan; dan

#### c. Pascakrisis kesehatan:

Merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan dengan segera untuk memperbaiki, memulihkan, dan/atau membangun kembali prasarana dan fasilitas pelayanan kesehatan. Penentuan masa tanggap darurat ditetapkan oleh pemerintah berdasarkan rekomendasi dari Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) maupun Badan Penanggulangan Bencana Daerah (BPBD). Tahapan situasi krisis kesehatan dapat digambarkan dalam suatu fase seperti di bawah ini:



Gambar 2. Tahapan krisis kesehatan

**Kesehatan reproduksi** adalah keadaan fisik, mental, dan sosial secara utuh, tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan yang berkaitan dengan sistem, fungsi, dan proses reproduksi (ICPD, Kairo, 1994). Menurut UU RI No. 36 Tahun 2009 Pasal 71 Ayat 1, kesehatan reproduksi merupakan keadaan sehat secara fisik, mental, dan sosial secara utuh, tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan yang berkaitan dengan sistem, fungsi, dan proses reproduksi pada laki-laki dan perempuan.

## 2. Ruang lingkup

Dengan pengertian tersebut maka kesehatan reproduksi memiliki ruang lingkup yang sangat luas, yang mencakup keseluruhan siklus hidup manusia mulai sejak konsepsi hingga lanjut usia. Laki-laki dan perempuan memiliki hak yang sama terhadap akses dan pelayanan. Oleh karena itu, untuk dapat memenuhi hak reproduksi setiap individu, maka pelayanan harus dilakukan secara berkesinambungan dan terpadu, disesuaikan dengan usia individu dengan memperhatikan kesetaraan dan keadilan gender.

Prinsip-Prinsip pelayanan:

- Mengutamakan klien: hak, keadilan dan kesetaraan gender
- Pendekatan siklus kehidupan manusia
- Memperluas jangkauan pelayanan secara proaktif
- Meningkatkan kualitas hidup melalui pelayanan yang berkualitas.

## 3. Hak-hak kesehatan reproduksi pada krisis kesehatan

- a. Kesehatan reproduksi mendapatkan perhatian sejak terselenggaranya Konferensi Internasional Kependudukan dan Pembangunan tahun 1994, dimana pada konferensi tersebut terjadi perubahan paradigma yang penting dalam menangani masalah kependudukan yakni dari pembatasan penduduk kepada upaya pemenuhan hak kesehatan reproduksi baik pada laki-laki maupun perempuan.
- b. Pemenuhan hak kesehatan reproduksi tersebut diupayakan melalui pelayanan kesehatan reproduksi yang dapat diakses oleh semua individu pada setiap kondisi termasuk pada situasi krisis kesehatan akibat bencana.
- c. Kesehatan reproduksi merupakan bagian dari hak asasi manusia (HAM) yang harus dijamin sekalipun dalam kondisi krisis kesehatan. Dalam situasi normal, telah banyak permasalahan kesehatan reproduksi di Indonesia dan permasalahan akan meningkat lagi pada krisis kesehatan. Karena itu kebutuhan akan kesehatan reproduksi akan tetap ada dan pada kenyataannya justru meningkat.

## 4. Definisi PPAM

Ketersediaan pelayanan kesehatan reproduksi sejak awal bencana/krisis kesehatan adalah melalui pelaksanaan PPAM Kesehatan Reproduksi. PPAM merupakan serangkaian kegiatan prioritas kesehatan reproduksi yang harus segera dilaksanakan pada tanggap darurat kesehatan krisis kesehatan dalam rangka mencegah kematian, kesakitan dan kecacatan

pada penduduk yang terkena krisis kesehatan.

## 5. Target sasaran PPAM

Target sasaran PPAM adalah penduduk yang merupakan kelompok rentan kesehatan reproduksi yaitu bayi baru lahir, ibu hamil, ibu bersalin, ibu pascapersalinan, ibu menyusui, anak perempuan, remaja dan wanita usia subur dan juga kelompok rentan lain seperti orang dengan HIV/AIDS (ODHIV). Kelompok anak balita dan lanjut usia adalah kelompok sasaran lain dari komponen PPAM pengembangan di Indonesia.

Jika PPAM kesehatan reproduksi tidak dilaksanakan, akan memiliki konsekuensi:

- a. Meningkatnya kematian maternal dan neonatal, balita dan lanjut usia.
- b. Meningkatnya risiko kasus kekerasan seksual dan komplikasi lanjutan.
- c. Meningkatnya penularan infeksi menular seksual (IMS).
- d. Terjadinya kehamilan yang tidak direncanakan dan aborsi yang tidak aman.
- e. Terjadinya penyebaran HIV.

PPAM diterapkan pada semua jenis bencana, baik bencana alam maupun nonalam. Kebutuhan terhadap pelayanan disesuaikan dengan hasil penilaian kebutuhan awal yang dilakukan oleh petugas kesehatan di lapangan.

**Tabel 1: Penjelasan tentang PPAM**

<b>Paket</b>	Kegiatan, koordinasi, perencanaan dan logistik. Paket tidak berarti sebuah kotak tetapi mengacu pada strategi yang mencakup koordinasi, perencanaan, pasokan logistik dan kegiatan-kegiatan kesehatan seksual dan reproduksi.
<b>Pelayanan</b>	Pelayanan kesehatan reproduksi yang diberikan kepada penduduk terdampak.
<b>Awal</b>	Dilaksanakan sesegera mungkin dengan melihat hasil penilaian kebutuhan awal.
<b>Minimum</b>	Dasar, terbatas.

## 6. PPAM sebagai intervensi prioritas pada krisis kesehatan

PPAM harus tersedia pada situasi krisis kesehatan karena kebutuhan akan pelayanan kesehatan reproduksi tetap ada dan justru meningkat.

Pada situasi krisis kesehatan:

- a. Akan tetap ada ibu hamil yang membutuhkan pelayanan dan dapat melahirkan sewaktu-waktu, termasuk persalinan prematur akibat situasi yang kacau setelah terjadi bencana. Berdasarkan estimasi statistik, 4% dari penduduk yang terkena dampak bencana adalah ibu hamil pada kurun waktu tertentu.

- b. 15-20% ibu hamil akan mengalami komplikasi dalam kehamilan dan persalinan.
- c. 75% penduduk yang terdampak adalah perempuan, remaja perempuan dan anak-anak.
- d. 19% remaja usia 10-19 tahun, yang berisiko mengalami kekerasan seksual, perkawinan anak, perdagangan manusia dll.
- e. 27% wanita usia subur (15-49 tahun), yang memerlukan pelayanan kesehatan reproduksi dan membutuhkan pembalut saat mengalami menstruasi.\*
- f. 13% dari pengungsi adalah kelompok balita\*\*
- g. 9,7 % dari pengungsi adalah kelompok lanjut usia\*\*\*

Sumber:

\*a-e : estimasi statistik dari kalkulator PPAM

\*\* Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan

\*\*\*Data proyeksi penduduk, 2018 Bappenas

Kebutuhan kesehatan reproduksi berlanjut terutama selama krisis, dan ada beberapa masalah yang mungkin dihadapi:

#### **a. Meningkatnya risiko terjadinya kekerasan seksual di tempat pengungsian**

Pada situasi krisis dimana keadaan tidak stabil, potensi terjadinya kekerasan seksual dapat meningkat.

Hal ini dapat terjadi karena

- selama proses evakuasi keluarga terpisah dari komunitasnya. Kelompok rentan seperti perempuan, remaja perempuan dan anak-anak seringkali terpisah dari keluarganya;
- sistem perlindungan sosial masyarakat terganggu dan mereka tidak bisa melindungi satu sama lain;
- pengungsi tinggal di lokasi pengungsian yang padat dengan sistem keamanan yang terbatas, fasilitas mandi cuci kakus (MCK) yang tidak aman, kurang penerangan dan tidak menjamin privasi; serta
- ketidakmampuan memenuhi kebutuhan dasar, hilangnya mata pencaharian, kerentanan ekonomi dan lain sebagainya. Hilangnya mata pencaharian khususnya bagi laki-laki akan menimbulkan perasaan tidak berdaya yang menstimulasi tindakan kekerasan.

Kasus kekerasan seksual menjadi salah satu prioritas dalam PPAM karena mempunyai dampak yang serius, jangka panjang dan mengancam jiwa. Kekerasan seksual berpotensi terjadi di berbagai tempat misalnya pada saat pembagian makanan, mengakses kebutuhan air bersih dan kegiatan domestik. Kelompok yang berisiko mengalami kekerasan seksual pada krisis kesehatan adalah

- a. perempuan yang kehilangan anggota keluarga,

- b. perempuan sebagai kepala keluarga,
- c. anak laki-laki/ perempuan yang kehilangan anggota keluarga, dan
- d. laki-laki/perempuan yang berkebutuhan khusus atau penyandang disabilitas;

Cara mengatur tempat pengungsian juga berkontribusi dalam meningkatkan risiko terjadinya kekerasan seksual misalnya pengaturan tenda, penempatan toilet, penerangan, mekanisme distribusi bantuan dll.

Pengungsi letusan gunung Merapi pada tahun 2010 tidak mau tinggal di tenda/ lapangan karena takut terkena debu dan awan panas. Mereka lebih memilih tinggal di dalam gedung seperti sekolah, balai desa, masjid dll sehingga berdesak-desakan, terkampur laki-laki dan perempuan dll yang meningkatkan risiko kekerasan seksual.



**Foto 1: Kondisi tempat pengungsian di Majene, Sulawesi Barat, 2021**

Situasi dan kondisi di pengungsian sangat bervariasi dan pengaturan yang salah bisa meningkatkan risiko kekerasan seksual/ perkosaan. Termasuk pengelolaan dan penempatan toilet yang bisa meningkatkan risiko.



**Foto 2: Kiri: Toilet darurat, tidak terpisah laki-laki dan perempuan, tidak ada penerangan, tidak bisa ditutup rapat dan dikunci, pengungsian banjir Wassior di Manokwari, 2011. Kanan: Toilet di salah satu tempat pengungsian di Sulawesi Tengah yang tanpa pintu dan tanpa penerangan, 2018**



**Foto 3: Toilet darurat di salah satu lokasi pengungsian pasca gempa dan tsunami di Palu, Sulawesi Tengah: dapat dikunci dari dalam, dengan penerangan dan terpisah laki-laki dan perempuan.**

Situasi tenda pengungsian yang ideal, 1 tenda untuk 1 keluarga:



**Foto 4: Tenda pengungsian yang ideal dengan 1 tenda untuk 1 keluarga di Kota Palu (kiri) dan Kabupaten Donggala (kanan), 2018**

Bila pengungsi tinggal di tempat yang terbuka, diberikan sekat sebagai pembatas dan pemisah antara satu keluarga dan keluarga yang lain.



**Foto 5: tempat pengungsian bersekat korban banjir di Jepang, 2018**



Foto 6: tempat pengungsian bersekat bagi tiap keluarga, pengungsi letusan gunung Merapi, Magelang, 2020

### b. Meningkatnya risiko penularan IMS dan HIV

Risiko meningkatnya penularan HIV dapat terjadi karena meningkatnya risiko kekerasan seksual. Selain itu pada situasi darurat, seringkali terjadi peningkatan kebutuhan pelayanan kesehatan, tetapi alat dan bahan untuk menjamin tindakan kewaspadaan standar untuk mencegah penularan HIV/IMS tidak tercukupi. Lebih lanjut, sistem persediaan pasokan darah yang aman biasanya terputus, sedangkan mungkin saja terjadi kebutuhan transfusi darah yang lebih besar, khususnya dalam keadaan darurat yang kompleks.

Pada situasi krisis kesehatan akan terjadi peningkatan risiko penularan HIV karena faktor-faktor sebagai berikut:

- Pada tahap tanggap darurat, sulit diterapkan praktik kewaspadaan standar karena tidak tersedianya alat dan bahan untuk pencegahan infeksi. Selain itu juga karena ada anggapan dari tenaga kesehatan bahwa karena situasi darurat, maka diperbolehkan untuk tidak mengikuti standar yang ada.
- Terjadi peningkatan kasus kekerasan seksual yang berpotensi menularkan IMS dan HIV
- Meningkatnya kebutuhan akan transfusi darah dan risiko transfusi darah yang tidak aman. Sistem persediaan pasokan darah yang aman biasanya terputus, sedangkan mungkin saja terjadi kebutuhan transfusi darah yang lebih besar, khususnya dalam keadaan darurat yang kompleks.
- Meningkatnya kejadian hubungan seksual yang tidak aman.



*Contoh kasus setelah gempa di Yogyakarta tahun 2016: ada bidan desa yang setelah gempa mendadak menerima sekitar 20 pasien dengan luka dan cedera yang banyak mengeluarkan darah dan membutuhkan pertolongan segera. Karena bidan itu sendirian dan dia tidak memiliki peralatan yang cukup, maka bidan tersebut memakai alat menjahit yang sama untuk semua pasien tanpa memakai standar sterilisasi alat. Jika salah satu saja dari pasien itu HIV positif, maka risiko penularan akan sangat besar. Ini sangat mungkin terjadi jika skala bencana sangat besar seperti di Aceh tahun 2004, dimana sistem kesehatan lumpuh, serta peralatan dan bahan tidak tersedia.*



**Foto 7: Pembuangan limbah medis yang tidak memadai meningkatkan risiko infeksi, gempa di Nepal, 2015**



**Foto 8: Tidak tersedianya air bersih, menyulitkan untuk diterapkannya kewaspadaan standar, bencana gempa di Nepal 2015**

**c. Malnutrisi akan mengakibatkan anemia, yang akan meningkatkan risiko perdarahan *postpartum*.**

Jika ibu hamil tinggal di pengungsian dalam waktu yang cukup lama, kemungkinan kebutuhannya tidak terpenuhi dan dapat terjadi anemia, kurang gizi sehingga melahirkan bayi berat lahir rendah, dll.

Dalam kondisi darurat akan tetap ada ibu hamil yang akan melahirkan kapan saja 24 jam/hari. Bahkan karena kondisi yang kacau, ibu yang belum waktunya melahirkan dapat melahirkan lebih cepat/prematur karena harus berlari saat mengungsi, dalam kondisi stres akibat bencana dll. Misalnya kasus ibu hamil yang mendadak melahirkan prematur saat gempa di Yogyakarta karena isu tsunami. Ibu hamil tersebut sudah datang ke beberapa rumah sakit yang ternyata tidak bisa menerima pasien karena rumah sakit penuh dengan korban luka/trauma.

Selain ibu hamil yang akan melahirkan normal, secara statistik berdasarkan estimasi dari WHO, 15-20% ibu hamil akan mengalami komplikasi misalnya perdarahan, eklampsia, dll. Ibu-ibu yang mengalami komplikasi ini harus mendapat pertolongan segera. Tidak tersedianya layanan kegawatdaruratan kebidanan akan menyebabkan risiko meningkatnya kematian ibu. Di setiap situasi bencana selalu saja ada ibu-ibu yang melahirkan tanpa memandang waktu dan tempat. Bahkan ada ibu-ibu yang meskipun belum waktunya melahirkan, harus melahirkan lebih awal/prematur karena situasi yang kacau, harus mengungsi dll.

Pada 28 September 2018, Sulawesi Tengah diguncang oleh gempa bumi berkekuatan 7,4 SR yang menimbulkan tsunami dan likuifaksi, mengakibatkan 2,077 meninggal dunia, 4,400 luka-luka, dan 211,000 orang terpaksa meninggalkan rumah mereka dan mencari perlindungan di 980 kamp pengungsi di kota dan kabupaten yang terdampak paling parah yaitu Palu, Sigi, dan Donggala (Pasigala). (Sumber: UNFPA Indonesia Internal Situation Report No. 5 as of 24 October 2021)

Berikut adalah data pelayanan kesehatan reproduksi yang diberikan di 15 tenda kesehatan reproduksi dari bulan Oktober-Desember 2018 di 3 kabupaten yang paling terdampak:

**Tabel 2 Data Pelayanan Kesehatan Reproduksi di 15 Tenda Kesehatan Reproduksi Pasca-bencana di Sulawesi Tengah, 2018**

No	Data	Jumlah
1	Persalinan	227
2	Kasus rujukan maternal dan neonatal	141
3	Pemeriksaan ibu hamil (ANC)	3,293
4	Pelayanan keluarga berencana	959
5	Pelayanan kesehatan lanjut usia	451

Sumber: Data pelayanan 15 tenda kesehatan reproduksi di Palu, Sigi dan Donggala Oktober - Desember 2018

PPAM kesehatan reproduksi merupakan intervensi prioritas pada krisis kesehatan, karena merupakan salah satu dari hak asasi manusia (HAM) yaitu hak untuk mendapat pelayanan kesehatan yang berkualitas termasuk di dalamnya pelayanan kesehatan reproduksi dalam kondisi normal ataupun darurat.

PPAM merupakan intervensi global yang telah menjadi bagian dari standar minimal dalam respon bencana/kemanusiaan yang disebut dengan standar SPHERE. Standar SPHERE adalah satu set prinsip dan standar kemanusiaan yang disusun oleh pekerja/ organisasi kemanusiaan internasional dengan tujuan untuk memastikan agar penduduk yang terkena dampak bencana (pengungsi) dapat hidup secara layak dan bermartabat. PPAM telah masuk sebagai salah satu standar SPHERE pada edisi revisi tahun 2004.

Standard SPHERE telah dipergunakan sebagai acuan bagi para pekerja kemanusiaan di seluruh dunia dan revisi terbaru telah dilakukan di tahun 2020. PPAM menjadi bagian dari pelayanan kesehatan esensial, *standard 2.3.1 Reproductive, maternal, and newborn health care*. Tiap pekerja kemanusiaan harus berusaha semaksimal mungkin memenuhi standar minimal bagi pengungsi/ penduduk yang terkena bencana untuk hidup secara layak dan bermartabat. Ada beberapa bidang dalam standard SPHERE seperti bidang pangan, air, kesehatan dll. Misalnya dalam kondisi darurat setiap pengungsi harus mendapat akses terhadap air bersih sebanyak minimal 15 liter per orang per hari untuk memenuhi kebutuhan makan, minum dan sanitasi. Satu toilet dipergunakan untuk maksimal 20 orang di pengungsian, dll.

## 7. Waktu Pelaksanaan PPAM

PPAM Kesehatan Reproduksi diterapkan pada tahap tanggap darurat krisis kesehatan dan akan dilanjutkan dengan penerapan kesehatan reproduksi komprehensif ketika situasi sudah lebih stabil. Dengan pelaksanaan PPAM yang dilanjutkan dengan pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif akan memastikan terjadinya kesinambungan dan keterkaitan antara respons bencana dengan kegiatan pembangunan berkelanjutan dan berkontribusi terhadap pencapaian tujuan pembangunan berkelanjutan (Sustainable Development Goals/SDGs). Hal ini terkait dengan pencapaian tujuan nomor 3.7 tentang akses universal ke kesehatan seksual dan reproduksi, manajemen dan pengurangan risiko serta target nomor 5.6 tentang gender dan kesehatan seksual dan reproduksi yang mencakup pemenuhan kebutuhan kontrasepsi secara sukarela dan menjadikan pemenuhan kebutuhan ini sebagai prioritas dalam intervensi.

**Tabel 3 Pelaksanaan PPAM pada Setiap Tahapan Krisis Kesehatan**

<b>Pra-krisis Kesehatan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pembentukan subklaster kesehatan reproduksi</li> <li>▪ Advokasi dan sosialisasi PPAM</li> <li>▪ Pelatihan dan orientasi PPAM</li> <li>▪ Penyusunan kebijakan</li> <li>▪ Penyusunan Norma Standar Prosedur dan Kriteria (NSPK)</li> <li>▪ Penyediaan logistik PPAM</li> <li>▪ Melakukan penilaian kesiapsiagaan PPAM (<i>the MISP readiness assessment/MRA</i>)*</li> </ul>
<b>Tanggap Darurat Krisis Kesehatan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Penerapan Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM)</li> </ul>
<b>Pasca-krisis Kesehatan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Perencanaan kesehatan reproduksi komprehensif yang terintegrasi ke dalam pelayanan kesehatan dasar</li> </ul>

\* **The MRA: the MISP readiness assessment** atau penilaian kesiapsiagaan PPAM

Penilaian kesiapsiagaan PPAM adalah sebuah proses penilaian yang bertujuan untuk memberikan gambaran tentang kesiapan di tingkat nasional dan subnasional untuk memastikan tersedianya akses ke pelayanan kesehatan reproduksi prioritas yang menjadi bagian dari PPAM. Proses ini membantu untuk mengidentifikasi komponen-komponen PPAM yang perlu diperkuat dan merupakan langkah awal untuk program kesiapsiagaan yang lebih terstruktur dan strategis untuk mencapai tujuan PPAM.

## 8. Komponen dan Waktu Pelaksanaan PPAM Kesehatan Reproduksi

PPAM dilaksanakan untuk menjawab kebutuhan kelompok rentan kesehatan reproduksi yang terdampak bencana seperti ibu hamil, bersalin, pascapersalinan, bayi baru lahir, remaja, wanita usia subur (WUS), balita dan lanjut usia. Komponen PPAM kesehatan reproduksi dilaksanakan segera setelah mendapatkan hasil penilaian dari tim kaji cepat di lapangan (*rapid health assessment team*/tim RHA).

Berdasarkan revisi buku pedoman internasional tentang pelaksanaan PPAM pada situasi kemanusiaan/bencana pada tahun 2018, saat ini di tingkat global ada 6 komponen dari PPAM yaitu:

- Komponen 1: Klaster Kesehatan Menunjuk Koordinator Subklaster Kesehatan Reproduksi untuk Mengoordinasikan Pelaksanaan PPAM.
- Komponen 2: Mencegah kekerasan seksual dan merespon kebutuhan penyintas.
- Komponen 3: Mencegah penularan dan mengurangi kesakitan dan kematian akibat HIV dan IMS lainnya.
- Komponen 4: Mencegah meningkatnya kesakitan dan kematian maternal dan neonatal.
- Komponen 5: Mencegah kehamilan yang tidak direncanakan.
- Komponen 6: Merencanakan pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif terintegrasi dengan pelayanan kesehatan dasar.

Di Indonesia telah dilakukan penyesuaian dari komponen PPAM menjadi 7 komponen dan 2 komponen pengembangan di Indonesia.

Penyesuaian komponen PPAM di Indonesia dilakukan dengan alasan sebagai berikut:

- Penambahan komponen kesehatan reproduksi remaja dilakukan berdasarkan praktik baik dan pembelajaran intervensi kesehatan reproduksi remaja pada saat respon pasca bencana gempa dan tsunami dan likuifaksi di provinsi Sulawesi Tengah. Pelayanan kesehatan reproduksi remaja dan pelibatan remaja dalam penanggulangan krisis kesehatan berjalan dengan baik dan sangat bermanfaat dan perlu mendapatkan perhatian khusus agar dapat diimplementasikan bila ada bencana serupa di masa yang akan datang.
- Penambahan komponen kesehatan usia lanjut dan kesehatan balita ke dalam PPAM dengan pertimbangan bahwa anak usia balita dan usia lanjut adalah kelompok rentan yang juga menjadi bagian dari siklus hidup manusia yang berada di bawah naungan kesehatan keluarga di bawah koordinasi Direktorat Kesehatan Keluarga Kementerian Kesehatan. Kedua komponen tersebut belum masuk ke dalam subklaster yang ada di bawah klaster kesehatan nasional. Kedua komponen ini masih dalam tahap pengembangan dan akan ditinjau secara berkala mengikuti perubahan manajemen krisis kesehatan.

Berikut adalah perbandingan komponen PPAM di tingkat global dengan penyesuaian di Indonesia:

**Tabel 4: Perbandingan komponen PPAM di tingkat global dengan penyesuaian di Indonesia**

PPAM Internasional	Penyesuaian di Indonesia
Komponen	Komponen
<b>Komponen 1:</b> Klaster kesehatan menunjuk organisasi/koordinator untuk mengoordinasikan pelaksanaan PPAM	<b>Komponen 1:</b> Klaster kesehatan menunjuk organisasi/koordinator kesehatan reproduksi untuk mengoordinasikan pelaksanaan PPAM
<b>Komponen 2;</b> Mencegah kekerasan seksual dan merespon kebutuhan dari penyintas	<b>Komponen 2;</b> Mencegah kekerasan seksual dan merespon kebutuhan penyintas
<b>Komponen 3:</b> Mencegah penularan dan mengurangi kesakitan dan kematian akibat HIV dan IMS lainnya	<b>Komponen 3:</b> Mencegah penularan dan mengurangi kesakitan dan kematian akibat HIV dan IMS lainnya
<b>Komponen 4:</b> Mencegah meningkatnya kesakitan dan kematian maternal dan neonatal	<b>Komponen 4:</b> Mencegah meningkatnya kesakitan dan kematian maternal dan neonatal
<b>Komponen 5:</b> Mencegah kehamilan yang tidak direncanakan	<b>Komponen 5:</b> Mencegah kehamilan yang tidak direncanakan

PPAM Internasional	Penyesuaian di Indonesia
<b>Komponen 6:</b> Merencanakan pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif terintegrasi dengan pelayanan kesehatan dasar	<b>Komponen 6:</b> Kesehatan reproduksi remaja dan melibatkan remaja dalam penanggulangan krisis kesehatan
	Komponen pengembangan
	<b>Komponen 7:</b> Pelayanan minimum kesehatan balita*
	<b>Komponen 8:</b> Pelayanan minimum kesehatan lanjut usia (PMKL)
	<b>Komponen 9:</b> Merencanakan pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif

\*PPAM kesehatan reproduksi ditargetkan untuk kelompok usia reproduksi (15-49 tahun), tetapi untuk Indonesia, pelayanan minimum kesehatan balita dan kesehatan lanjut usia (PMKL) diintegrasikan sebagai bagian program inklusi subklaster kesehatan reproduksi dan mengikuti pendekatan siklus hidup. Penambahan komponen ini akan ditinjau secara berkala dan disesuaikan berdasarkan perkembangan dan situasi di Indonesia.

## 9. Cara Mengakses Dukungan Alat Bantu dan Sumber Daya PPAM Kesehatan reproduksi

Pedoman internasional tentang kesehatan reproduksi pada situasi darurat yang dihasilkan oleh Kelompok Kerja Antar Lembaga untuk kesehatan reproduksi dalam kondisi darurat/*Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Emergency Situation* (IAWG) dan telah dipublikasikan dapat diakses secara bebas juga tersedia secara *online*, begitu juga dengan pedoman Kit Kesehatan Reproduksi (*Reproductive Health Kits manual*) yang telah direvisi.

Berikut adalah beberapa pedoman nasional yang telah disusun dan diterbitkan di Indonesia oleh Kementerian Kesehatan, BKKBN dan KPPPA terkait kesehatan reproduksi pada situasi krisis kesehatan:

1. Pedoman Pelaksanaan Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) pada Krisis Kesehatan, Kemenkes 2021, yang merupakan revisi dari Pedoman Teknis PPAM tahun 2014 dan Pedoman Operasional PPAM tahun 2017.
2. Pedoman Dukungan Logistik Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) pada situasi Krisis Kesehatan, Kemenkes 2017.
3. Pedoman Pelaksanaan Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Remaja pada Krisis Kesehatan, Kemenkes 2017.
4. Buku Saku Pedoman Remaja pada Situasi Krisis Kesehatan, Kemenkes 2017.
5. Buku Saku Pengelola Program Kesehatan Reproduksi Remaja (PPKRR) pada Krisis Kesehatan, Kemenkes 2020.
6. Pedoman Pelayanan Kesehatan Balita pada Situasi Krisis Kesehatan, Kemenkes 2020.

7. Pedoman Teknis Pelayanan Kontrasepsi pada Krisis Kesehatan, BKKBN 2020.
8. Pedoman Operasional Pelayanan Kontrasepsi pada Krisis Kesehatan, BKKBN 2020.
9. Pedoman Nasional Asuhan Pascakeguguran Komprehensif (APK), Kemenkes 2020.
10. Pedoman Pelayanan Minimal Kesehatan Lansia Pada Krisis Kesehatan, Kemenkes 2020.
11. Pedoman Perlindungan Hak Perempuan dan Anak dari Kekerasan Berbasis Gender, KPPPA 2020
12. Panduan Tata laksana Klinis Kasus Kekerasan Seksual pada Situasi Krisis Kesehatan, Kemenkes 2020

*Soft copy* buku pedoman ini dapat diunduh di link berikut: Pedoman terkait PPAM

## **B. Kebijakan Pemerintah Tentang Kesehatan Reproduksi pada Situasi Darurat Bencana**

### **1. Kebijakan dan Strategi Nasional tentang Pelayanan Kesehatan Reproduksi Pada Situasi Krisis Kesehatan**

Kebijakan Kementerian Kesehatan dalam upaya meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan perempuan sesuai dengan siklus hidupnya yang dilakukan dengan pendekatan *Continuum of Care* (pelayanan berkelanjutan), yaitu penyediaan pelayanan mulai dari proses kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, anak-anak, remaja, dewasa dan sampai lanjut usia.

### **2. Landasan hukum**

#### **a. Undang-undang (UU) RI Nomor 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana**

Fokus pelayanan dari kesehatan reproduksi dalam situasi darurat juga mencakup kelompok rentan. Pengaturan dan pelayanan kepada kelompok rentan telah masuk kedalam UU tentang Penanggulangan Bencana. Dalam UU tersebut terdapat dua pasal yang mengatur yaitu pasal 48 dan pasal 55. Di dalam pasal 48, penyelenggaraan penanggulangan bencana pada saat tanggap darurat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 33 huruf (b) meliputi:

- Pengkajian secara cepat, tepat terhadap lokasi, kerusakan, dan sumber daya.
- Penentuan status keadaan darurat bencana.
- Penyelamatan dan evakuasi masyarakat yang terkena bencana.

- Perlindungan prioritas untuk mendapatkan penyelamatan, evakuasi, pengamanan, pelayanan kesehatan dan pemenuhan kebutuhan dasar.
- Perlindungan terhadap kelompok rentan; dan
- Pemulihan dengan segera prasarana dan sarana vital.

Perlindungan terhadap kelompok rentan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 48 huruf (e) dilakukan dengan memberikan prioritas kepada kelompok rentan berupa penyelamatan, evakuasi, pengamanan, pelayanan kesehatan, dan psikososial. Kelompok rentan sebagaimana dimaksud terdiri atas:

- Bayi, balita dan anak-anak
- Ibu yang sedang mengandung atau menyusui;
- Penyandang cacat/disabilitas
- Orang lanjut usia/lansia.

**b. Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) RI Nomor 64 Tahun 2013 tentang Penanggulangan Krisis Kesehatan**

Pelayanan kesehatan reproduksi masuk ke dalam pelayanan kesehatan yang harus disediakan pada tahap tanggap darurat dan pascakrisis.

- Pasal 22: Pemenuhan kebutuhan kesehatan antara lain berupa sumber daya manusia (SDM) kesehatan, pendanaan, fasilitas untuk mengoperasionalkan sistem pelayanan kesehatan yang meliputi pelayanan medik, obat dan perbekalan kesehatan, gizi, pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan, kesehatan jiwa, kesehatan reproduksi dan identifikasi korban sesuai kebutuhan.
- Pasal 22: Pelayanan harus tersedia pada saat tanggap darurat krisis kesehatan.
- Pasal 26: Pelayanan harus tersedia pada saat pasca darurat krisis kesehatan.

**c. Permenkes No. 75 Tahun 2019 tentang Penanggulangan Krisis Kesehatan**

Pasal 4: (c) Subklaster kesehatan reproduksi, yang bertugas menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan reproduksi. Kegiatan terkait kesehatan reproduksi pada situasi darurat bencana dilaksanakan pada setiap tahap bencana mulai prakrisis kesehatan, tanggap darurat kesehatan dan pascakrisis kesehatan.

## 6. Pelayanan Kesehatan Reproduksi pada Krisis Kesehatan

- Pelayanan kesehatan reproduksi pada krisis kesehatan dilaksanakan melalui PPAM Kesehatan Reproduksi pada saat awal bencana



- Pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif diintegrasikan pada pelayanan kesehatan dasar segera setelah situasi stabil
- Respon kesehatan reproduksi pada situasi darurat bencana dilakukan secara terkoordinasi dengan lintas program/lintas sektor terkait, organisasi profesi dan lembaga swadaya masyarakat (LSM) terkait melalui mekanisme subklaster kesehatan reproduksi.

## 7. Strategi Kesehatan Reproduksi pada Situasi Darurat Bencana:

- PPAM Kesehatan Reproduksi merupakan bagian dari pelaksanaan penanggulangan krisis kesehatan akibat bencana.
- Pembentukan subklaster kesehatan reproduksi di tingkat nasional maupun di tingkat provinsi dan kabupaten, khususnya di daerah yang rawan bencana.
- Penyusunan rencana kesiapsiagaan bidang kesehatan reproduksi di setiap tingkatan.
- Advokasi dan sosialisasi di semua tingkatan.
- Peningkatan kapasitas sumber daya manusia (SDM)
- Penyediaan logistik (*kit* kesehatan reproduksi, *kit* individual, *kit* bidan dan peralatan penunjang lainnya).

### C. Peran Bidan dalam Mendukung Pelaksanaan PPAM pada Krisis Kesehatan

*International Confederation of Midwives* (ICM) menyadari tentang pentingnya peran bidan pada situasi bencana melalui position paper tentang “*Role of the Midwife in Disaster/Emergency Preparedness*” yang dikeluarkan pada tahun 2014. Karena bidan merupakan bagian terbesar dari tenaga kesehatan dan sering bekerja terdekat dengan masyarakat yang terkena dampak, kontribusi mereka terhadap pengurangan risiko bencana/darurat, kesiapsiagaan dan respon sangat penting. Bidan dapat mendukung pelayanan kesehatan ibu dan anak yang merupakan salah satu intervensi penting dalam penanggulangan bencana.

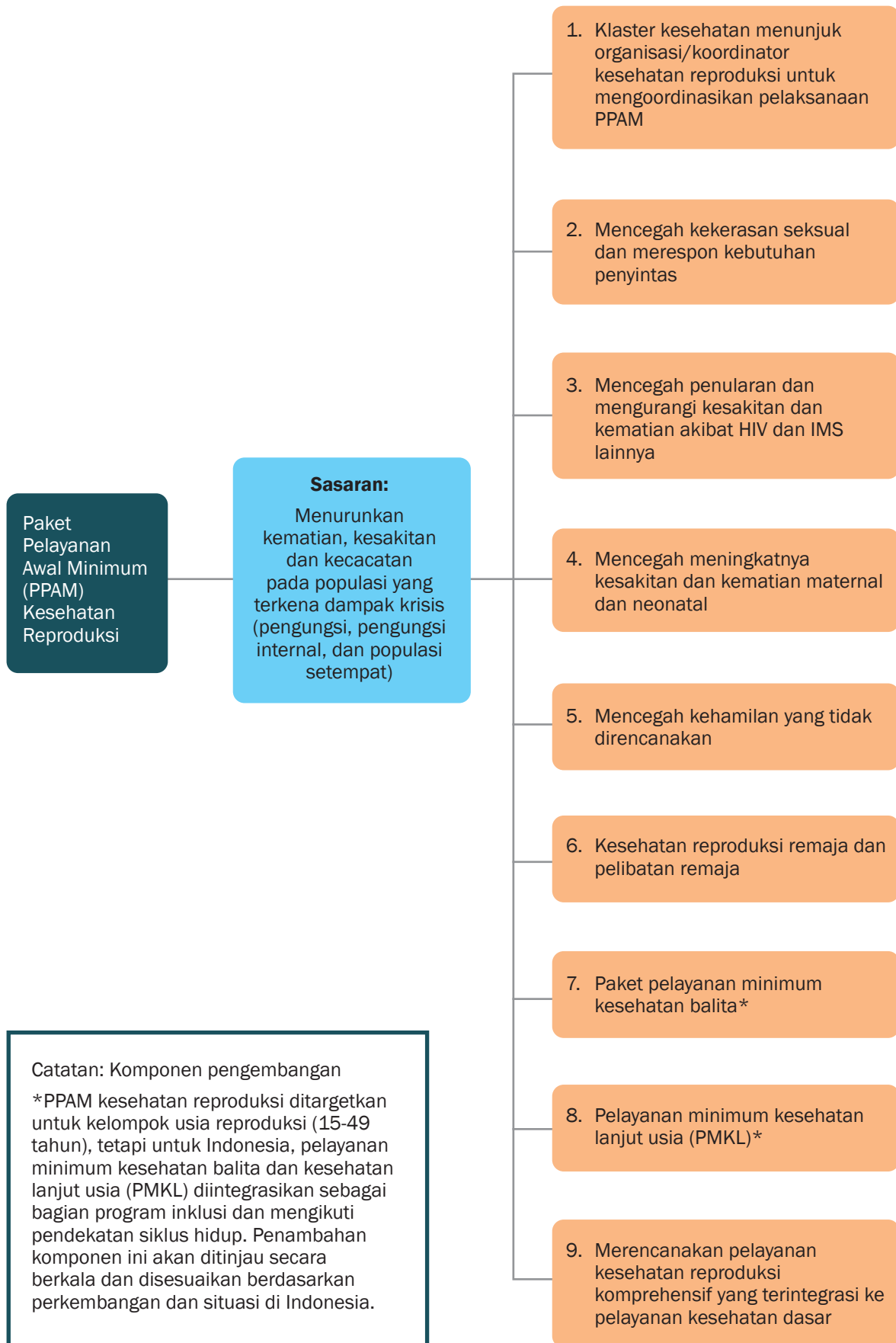
## VII. PERAN BIDAN DALAM MENDUKUNG PELAKSANAAN PPAM

1. Mendukung mekanisme koordinasi untuk implementasi PPAM yang merupakan komponen pertama dari PPAM dan mendukung pelaksanaan komponen lainnya.
2. Bidan yang telah mendapatkan pelatihan PPAM dapat menjadi anggota tim subklaster kesehatan reproduksi untuk terlibat dalam penilaian cepat kesehatan (*rapid health assessment*) dan penilaian kebutuhan khusus PPAM.
3. Melakukan pendataan dan pemetaan ibu hamil, pascapersalinan, dan bayi baru lahir serta ibu nifas di tempat-tempat pengungsian bersama petugas puskesmas.
4. Mendukung implementasi semua komponen PPAM, termasuk komponen pencegahan dan penanganan kekerasan seksual, IMS/HIV, kesehatan maternal

dan neonatal, serta pelayanan kontrasepsi. Peran bidan untuk setiap komponen PPAM, akan diterangkan di materi masing-masing komponen.

5. Memberikan informasi dan edukasi kepada masyarakat terkait kesehatan reproduksi dan pelayanan yang tersedia pada krisis kesehatan baik melalui pelayanan di fasilitas kesehatan, pelayanan sementara di tenda kesehatan reproduksi maupun melalui pelayanan bergerak.
6. Mendukung pemberian pelayanan kesehatan reproduksi bagi semua penduduk yang terdampak krisis kesehatan termasuk untuk kelompok rentan.
7. Memberikan dukungan psikososial awal sesuai kemampuan dan kapasitasnya, khususnya bagi penyintas kekerasan seksual dan masyarakat yang terkena dampak krisis kesehatan pada umumnya, dan melakukan rujukan ke tenaga pendukung seharusnya.
8. Memberikan informasi dalam pertemuan subklaster kesehatan reproduksi untuk mendukung advokasi tentang pentingnya pelaksanaan PPAM pada krisis kesehatan kepada semua pihak yang terkait

## VIII. DIAGRAM ALUR (MIND MAP) UNTUK PPAM DAN KOMPONENNYA:



## IX. RANGKUMAN

- a. Agar dapat bekerja dengan baik dalam situasi krisis kesehatan, bidan harus memahami konsep inti dari PPAM meliputi definisi, maksud dan tujuan PPAM , komponen-komponen dalam PPAM dan cara mengakses informasi yang terkait dengan PPAM dalam situasi darurat.
- b. Sesuai Peraturan Menteri Kesehatan, pelayanan kesehatan reproduksi pada situasi krisis kesehatan melalui penerapan PPAM sudah merupakan pelayanan kesehatan yang harus diberikan sebagai bagian dari respon bencana bidang kesehatan/penanggulangan krisis bidang kesehatan.
- c. Program kesehatan reproduksi pada situasi krisis kesehatan dilakukan melalui 3 tahap penanggulangan bencana (prakrisis kesehatan, tanggap darurat krisis kesehatan, dan pasca-krisis kesehatan).
- d. Pada tanggap darurat dan pasca-krisis kesehatan akibat bencana, perlu dipastikan adanya pelayanan kesehatan reproduksi termasuk pencegahan dan penanganan kekerasan seksual sesuai dengan kebutuhan.
- e. Perlu advokasi, sosialisasi dan peningkatan kapasitas petugas dalam PPAM Kesehatan reproduksi di pusat maupun daerah.
- f. Bidan memiliki peran yang strategis dan penting untuk mendukung pelaksanaan PPAM secara umum maupun secara khusus untuk masing-masing komponen.

## X. DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia, Undang-Undang Republik Indonesia nomor 24 tahun 2007, tentang Penanggulangan Bencana.
2. Kementerian Kesehatan, 2021, Pedoman operasional implementasi Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi pada Krisis Kesehatan
3. Kementerian Kesehatan, Peraturan Menteri Kesehatan no 64 tahun 2013 tentang Penanggulangan Krisis Kesehatan.
4. Kementerian Kesehatan, Peraturan Menteri Kesehatan no 75 tahun 2019 tentang Penanggulangan Krisis Kesehatan.
5. Inter-Agency Working Group (IAWG) on Reproductive Health in Emergency, 2018, Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings.

# MATERI 2

## MEKANISME KOORDINASI UNTUK IMPLEMENTASI PPAM DAN PENILAIAN KEBUTUHAN PPAM KESEHATAN REPRODUKSI



## I. DESKRIPSI SINGKAT

Mekanisme koordinasi dengan berbagai lembaga dan sektor terkait sangat penting dan diperlukan dalam pelaksanaan PPAM dan merupakan komponen pertama dari PPAM. Secara nasional mekanisme koordinasi yang dipakai di Indonesia adalah mekanisme kluster nasional. Mekanisme koordinasi PPAM adalah melalui subkluster kesehatan reproduksi di bawah koordinasi kluster kesehatan.

Pada materi ini akan dibahas tentang mekanisme koordinasi PPAM dan bagaimana melakukan penilaian kebutuhan serta bagaimana peran strategis badan dalam mendukung kegiatan tersebut.

## II. TUJUAN PEMBELAJARAN

### A. Hasil belajar

Setelah mempelajari materi ini, peserta didik diharapkan memahami

1. mekanisme koordinasi yang dilakukan pada situasi krisis kesehatan baik di tingkat pusat maupun daerah untuk menunjang pelaksanaan PPAM; dan
2. bagaimana melakukan penilaian kesehatan cepat (*rapid health assessment*) dan penilaian kebutuhan khusus PPAM untuk menunjang pelaksanaan PPAM.

### B. Indikator hasil belajar

Setelah mengikuti sesi ini, peserta diharapkan mampu

1. menjelaskan tentang mekanisme koordinasi dalam penanggulangan bencana melalui sistem kluster nasional;
2. menjelaskan tentang mekanisme koordinasi untuk pelaksanaan PPAM melalui subkluster kesehatan reproduksi;
3. menjelaskan langkah-langkah yang harus dilakukan untuk koordinasi sebagai komponen pertama PPAM pada tahap tanggap darurat krisis kesehatan;
4. menjelaskan tentang penilaian kebutuhan kesehatan cepat dan penilaian kebutuhan khusus PPAM; serta
5. menjelaskan tentang peran badan dalam mendukung mekanisme koordinasi, penilaian kesehatan cepat (RHA) dan penilaian kebutuhan PPAM.

## III. POKOK BAHASAN

Modul ini akan membahas:

1. Mekanisme koordinasi dalam penanggulangan bencana melalui sistem kluster nasional.
2. Mekanisme koordinasi untuk pelaksanaan PPAM melalui subkluster kesehatan reproduksi.

3. Langkah-langkah yang harus dilakukan untuk koordinasi sebagai komponen pertama PPAM pada tahap tanggap darurat krisis kesehatan.
4. Penilaian kebutuhan kesehatan cepat dan penilaian kebutuhan khusus PPAM.
5. Peran bidan dalam mendukung mekanisme koordinasi, penilaian kesehatan cepat (RHA) dan penilaian kebutuhan PPAM serta mendukung mekanisme komunikasi dengan masyarakat yang terkena dampak krisis kesehatan.

#### IV. BAHAN BELAJAR

- a. Modul Mekanisme Koordinasi Kesehatan Reproduksi dalam Situasi Darurat Bencana
- b. LCD
- c. Laptop
- d. Papan tulis/lembar *flipchart*
- e. Lembar studi kasus
- f. Spidol

#### V. LANGKAH-LANGKAH PEMBELAJARAN

Menggunakan pendekatan *student-centered learning*.

#### VI. URAIAN MATERI

##### A. Mekanisme Koordinasi untuk Implementasi PPAM

Dalam kondisi bencana banyak sekali pihak yang terlibat dalam penanganan bencana seperti pemerintah, organisasi non pemerintah, swasta, media, pelaku usaha dan kelompok masyarakat (kolaborasi *pentahelix*). Apabila bencana berskala besar dapat juga melibatkan lembaga asing/mitra pembangunan seperti Perserikatan Bangsa Bangsa (PBB), lembaga swadaya masyarakat (LSM) internasional, dll. Untuk itu perlu dipahami mengenai mekanisme koordinasi PPAM yang ada di Indonesia baik di tingkat nasional maupun di daerah, untuk memastikan koordinasi, kolaborasi dan integrasi dari berbagai stakeholder dalam memastikan pencapaian tujuan PPAM.

Berdasarkan pengalaman dan pembelajaran dari respon bencana gempa dan tsunami di Aceh tahun 2004 dan disusul dengan pengalaman respon bencana gempa di Pakistan tahun 2005, secara internasional dibentuk sistem koordinasi bencana melalui sistem kluster sebagai bagian dari reformasi *humanitarian*. Sistem kluster dibentuk agar mekanisme koordinasi menjadi lebih baik dan efektif. Indonesia mengadopsi sistem kluster internasional dalam penanggulangan bencana berdasarkan keputusan Kepala BNPB Nomor 173 Tahun 2015 dan berdasarkan pembelajaran dari respon bencana di Aceh di tahun 2004.

##### 1. Pendekatan Kluster dalam Bencana

Kluster merupakan sekelompok badan, organisasi, dan/atau lembaga yang bekerjasama untuk mencapai tujuan bersama, yaitu untuk mengatasi

kebutuhan pada sektor tertentu (contohnya adalah kesehatan). Pendekatan kluster adalah salah satu pendekatan koordinatif yang menyatukan semua pihak terkait, baik pemerintah maupun non pemerintah dalam upaya penanggulangan bencana, untuk meminimalkan kesenjangan dan tumpang tindih dalam bantuan/pelayanan.

## 2. Kluster Bencana di Tingkat Internasional

Kluster internasional adalah kelompok organisasi kemanusiaan, baik PBB dan non-PBB, di masing-masing sektor utama aksi kemanusiaan, misalnya air dan fasilitas sanitasi, kesehatan dan logistik. Mereka ditunjuk oleh *Inter-Agency Standing Committee* (Komite Tetap Antar Lembaga/IASC) dan memiliki tanggung jawab yang jelas untuk koordinasi. Kluster ini diketuai oleh United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (UNOCHA). Ada 11 (sebelas) kluster internasional, salah satunya kluster kesehatan dan gizi yang dikoordinasi oleh World Health Organization (WHO) dan United Nation Children's Fund (Unicef).



Gambar 3 Sistem Kluster Internasional

### a. Kluster Bencana di Tingkat Nasional

Indonesia mengadopsi sistem kluster internasional dalam penanggulangan bencana. Dengan mempertimbangkan situasi dan struktur pemerintah maka berdasarkan keputusan Kepala BNPB



Nomor 173 Tahun 2015, Kluster Nasional Penanggulangan Bencana diadaptasi menjadi 8 kluster, yaitu; kesehatan, pencarian dan penyelamatan, logistik, pengungsian dan perlindungan, pendidikan, sarana dan prasarana, ekonomi dan pemulihan dini. Dari 8 kluster tersebut yang terkait dengan kesehatan reproduksi adalah kluster kesehatan dan kluster pengungsian dan perlindungan.

**PEDOMAN IMPLEMENTASI KLASTER KESEHATAN  
DALAM PENANGGULANGAN BENCANA**



**Gambar 4 Sistem Kluster Nasional**

Dalam penanggulangan bencana, diperlukan koordinasi dan kerjasama dari berbagai pihak baik dari nasional, internasional, pemerintah maupun swasta/masyarakat. Pendekatan klaster adalah salah satu pendekatan koordinatif yang menyatukan semua pihak terkait, baik pemerintah maupun nonpemerintah dalam upaya penanggulangan bencana, untuk meminimalkan kesenjangan dan tumpang tindih pemberian bantuan/pelayanan.

### b. Klaster Kesehatan Nasional

Penanggulangan bencana di bidang kesehatan dilakukan melalui pendekatan subklaster. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) No. 75 Tahun 2019, terdapat 6 subklaster di bawah klaster kesehatan yang terdiri dari

**Tabel 5 Subklaster dan Tim di Bawah Klaster Kesehatan**

No.	Penyesuaian di Indonesia
1	Subklaster pelayanan kesehatan
2	Subklaster pengendalian penyakit dan kesehatan lingkungan
3	Subklaster pelayanan gizi
4	Subklaster kesehatan reproduksi
5	Subklaster kesehatan jiwa
6	Subklaster penatalaksanaan korban mati (DVI)
Ditambah dengan pembentukan tim:	
1	Tim logistik
2	Tim data dan informasi
3	Tim promosi kesehatan

### c. Subklaster Kesehatan Reproduksi

Subklaster kesehatan reproduksi merupakan bagian dari klaster kesehatan yang bertanggung jawab untuk tersedia dan terlaksananya pelayanan kesehatan reproduksi pada situasi krisis kesehatan untuk mengurangi risiko kesakitan dan kematian kelompok rentan kesehatan reproduksi. Subklaster kesehatan reproduksi dibentuk di tingkat pusat hingga di tingkat daerah secara berjenjang, berfungsi dan berkoordinasi sejak prakrisis, saat krisis dan pascakrisis kesehatan.

Subklaster kesehatan reproduksi mempunyai anggota lembaga pemerintah, swasta, organisasi profesi, media, akademisi dan masyarakat penggiat kesehatan reproduksi dan diketuai seorang koordinator yang mengoordinasikan komponen-komponen dari PPAM kesehatan reproduksi yaitu: 1) Klaster kesehatan menunjuk koordinator kesehatan reproduksi untuk mengoordinasikan

pelaksanaan PPAM, 2) Mencegah kekerasan seksual dan merespon kebutuhan penyintas, 3) Mencegah penularan dan mengurangi kesakitan dan kematian akibat HIV dan IMS lainnya, 4) Mencegah meningkatnya kesakitan dan kematian maternal dan neonatal kesehatan, 5) Mencegah kehamilan yang tidak direncanakan, 6) Kesehatan reproduksi remaja dan pelibatan remaja, 7) Pelayanan minimum kesehatan balita, 8) Pelayanan minimum kesehatan lanjut usia (PMKL), 9) Merencanakan pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif yang terintegrasi ke pelayanan kesehatan dasar.

Untuk setiap komponen PPAM kesehatan reproduksi ditunjuk seorang penanggung jawab komponen.

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

## **B. Klaster kesehatan menunjuk koordinator kesehatan reproduksi untuk mengoordinasikan pelaksanaan PPAM**

Koordinator kesehatan reproduksi harus memiliki kemampuan melakukan koordinasi, mempunyai pengetahuan dasar pelayanan kesehatan reproduksi dan dapat memastikan PPAM kesehatan reproduksi tersedia sesuai standar. Koordinator PPAM adalah koordinator/ketua subklaster kesehatan reproduksi baik di tingkat pusat maupun daerah. Penanggulangan krisis kesehatan dilaksanakan secara berjenjang dengan mempertimbangkan ketersediaan sumber daya dan kemampuan pemerintah daerah.

Dalam melakukan kegiatan koordinasi harus memperhatikan prinsip koordinasi yang difokuskan pada kemitraan yang saling menghormati (*respectful partnership*) dan inklusif yaitu di antara semua organisasi dengan masyarakat untuk

1. menghargai perbedaan pandangan dan kekuatan masing-masing;
2. pembangunan kapasitas bersama melalui kemitraan;
3. akuntabilitas bersama; dan
4. melakukan penilaian bersama tentang tantangan dan peluang

### **Langkah-langkah/kegiatan yang dilakukan dalam komponen 1 adalah:**

Penjelasan untuk masing-masing langkah:

- 1. Menunjuk koordinator dan melakukan aktivasi subklaster kesehatan reproduksi untuk mengoordinasikan lintas program/ lintas sektor, lembaga lokal dan internasional dalam pelaksanaan PPAM Kesehatan reproduksi dan menunjuk penanggung jawab masing-masing komponen PPAM**

Mekanisme koordinasi PPAM dilakukan secara berjenjang, meliputi:

1. Tingkat kabupaten/kota:
  - a. Koordinasi mengikuti alur subklaster kesehatan reproduksi
  - b. Koordinator: penanggung jawab kesehatan reproduksi di dinas kesehatan kabupaten/kota
2. Tingkat provinsi:
  - a. Koordinasi mengikuti alur subklaster kesehatan reproduksi
  - b. Koordinator: penanggung jawab kesehatan reproduksi di dinas kesehatan provinsi
3. Tingkat nasional:
  - a. Koordinasi dilakukan melalui subklaster kesehatan reproduksi
  - b. Koordinator: ketua subklaster kesehatan reproduksi (Direktorat Kesehatan Keluarga, Kementerian Kesehatan)
    - Bila sebelum krisis kesehatan subklaster kesehatan reproduksi telah terbentuk, segera lakukan aktivasi agar bisa mengoordinasikan semua kegiatan PPAM pada tanggap darurat krisis kesehatan. Aktivasi subklaster kesehatan reproduksi dilakukan dengan mengadakan pertemuan koordinasi segera setelah ditetapkannya masa tanggap darurat bencana oleh pemerintah daerah setempat.
    - Dalam pelaksanaan PPAM kesehatan reproduksi, perlu ditunjuk penanggung jawab komponen. Penetapan penanggung jawab komponen PPAM dilakukan melalui kesepakatan bersama organisasi terkait di setiap subklaster kesehatan reproduksi, dan melaporkan pelaksanaan kegiatan di lapangan kepada koordinator subklaster kesehatan reproduksi.
    - Selanjutnya disepakati penanggung jawab untuk masing-masing komponen PPAM, yang dilakukan saat awal krisis kesehatan dan diikuti dengan pertemuan rutin selanjutnya sesuai dengan kesepakatan.

Adapun penanggung jawab dalam pelaksanaan komponen PPAM adalah:

1. Penanggung jawab komponen **mencegah kekerasan seksual dan merespon kebutuhan penyintas**.  
Penanggung jawab dapat berasal dari Kantor Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (KPPPA) di tingkat pusat atau Dinas Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (DP3A) atau lembaga berwenang di tingkat daerah dan institusi pemerhati pada isu kekerasan terhadap perempuan dan anak.
2. Penanggung jawab komponen **mencegah penularan dan mengurangi kesakitan dan kematian akibat HIV dan IMS lainnya**.

Penanggung jawab dapat berasal dari Direktorat P2ML (Pencegahan Penyakit Menular Langsung) Kementerian Kesehatan di tingkat pusat atau bidang terkait di Dinas Kesehatan di tingkat daerah dan institusi yang bertanggungjawab/bergerak di bidang pencegahan penularan IMS dan HIV misalnya Indonesia AIDS Coalition (IAC), kelompok dampingan sebaya dll.

3. Penanggung jawab komponen **mencegah meningkatnya kesakitan dan kematian maternal dan neonatal.**

Penanggung jawab dapat berasal dari Direktorat Kesehatan Keluarga Kementerian Kesehatan di tingkat pusat atau bidang terkait di Dinas Kesehatan provinsi dan kabupaten/kota atau institusi yang bertanggungjawab/bergerak di bidang pelayanan kesehatan maternal dan neonatal seperti IBI, Muhammadiyah Disaster Management Center (MDMC), Yayasan Dokter Peduli Indonesia dll.

4. Penanggung jawab komponen **mencegah kehamilan yang tidak direncanakan.**

Penanggung jawab pencegahan kehamilan yang tidak direncanakan dapat berasal dari kantor BKKBN tingkat pusat atau perwakilan BKKBN di tingkat provinsi atau OPD Dalduk KB di tingkat kabupaten dan institusi lain seperti PKBI, organisasi profesi.

5. Penanggung jawab komponen **kesehatan reproduksi remaja dan pelibatan remaja.**

Penanggung jawab dapat berasal dari Direktorat Kesehatan Keluarga, Kementerian Kesehatan di tingkat pusat di atau atau bidang terkait di dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota atau institusi yang bertanggungjawab/bergerak di bidang pelayanan kesehatan reproduksi remaja dan pelibatan remaja di dinas kesehatan di tingkat daerah, antara lain PKBI, organisasi remaja dll.

6. Penanggung jawab komponen **pelayanan minimum kesehatan balita.**

Penanggung jawab dapat berasal dari Subdirektorat Balita, Direktorat Kesehatan Keluarga Kementerian Kesehatan di tingkat pusat atau bidang terkait di Dinas Kesehatan di tingkat daerah dan institusi bertanggung jawab/bergerak di pelayanan kesehatan balita seperti UNICEF, Yayasan Tunas Cilik, Yayasan Plan International dll. Penanggung jawab komponen ini akan berkoordinasi dan berkolaborasi dengan subklaster gizi dan pelayanan kesehatan.

7. Penanggung jawab komponen **pelayanan minimum kesehatan lanjut usia (PMKL).**

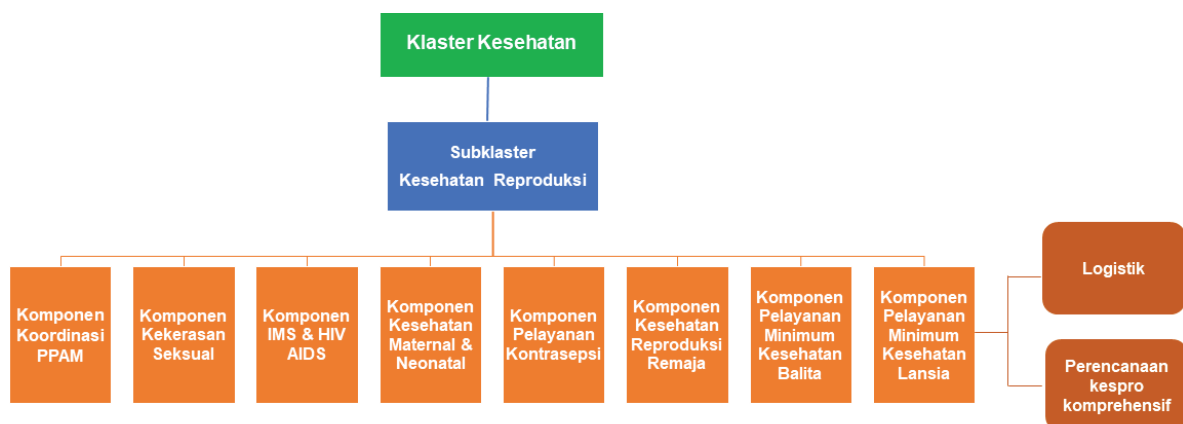
Penanggung jawab komponen kesehatan usia lanjut dapat dari Subdirektorat Lanjut Usia, Direktorat Kesehatan Keluarga, Kementerian Kesehatan di tingkat pusat atau bidang terkait di Dinas Kesehatan di tingkat daerah atau institusi yang bertanggung jawab/bergerak di bidang kesehatan lanjut usia seperti Yayasan Emong Lansia (Help Age Indonesia), PPNI dll.

8. Penanggung jawab **logistik**.

Meskipun logistik bukan merupakan komponen PPAM tapi sangat penting untuk memastikan ketersediaan alat, obat dan bahan habis pakai untuk mendukung pelaksanaan PPAM serta alat kebutuhan logistik lainnya seperti tenda, *kit dignity/kit* khusus perempuan dll. Penanggung jawab logistik dapat dari institusi pemerintah atau instansi lain yang memiliki kapasitas untuk mengelola logistik kesehatan termasuk LSM seperti Americares dan sektor swasta (CSR) dll.

- Selain penanggung jawab komponen di atas, sebaiknya ada yang ditunjuk sebagai penanggung jawab/*focal point* untuk isu disabilitas dan ada perwakilan organisasi yang bekerja dengan penyandang disabilitas seperti Yakkum Emergency Unit (YEU), Himpunan Wanita dengan Disabilitas Indonesia (HWDI) dll.
- Apabila di wilayah krisis belum terbentuk subkluster kesehatan reproduksi maka koordinator harus mengidentifikasi dan melakukan koordinasi, serta bekerjasama dengan lembaga/ institusi pemerhati kesehatan reproduksi baik lokal, nasional maupun internasional untuk membentuk subkluster/kelompok kerja kesehatan reproduksi di daerah.

### Bagan 1 Struktur Organisasi Subkluster Kesehatan Reproduksi di Tingkat Pusat



\*PPAM Kesehatan Reproduksi ditargetkan untuk kelompok usia reproduksi (15-49 tahun), tetapi untuk Indonesia, pelayanan minimum kesehatan balita dan kesehatan lanjut usia (PMKL) diintegrasikan sebagai bagian program inklusi dan mengikuti pendekatan siklus hidup. Penambahan komponen ini akan ditinjau secara berkala dan disesuaikan berdasarkan perkembangan dan situasi di Indonesia. Bagan ini merupakan contoh struktur keanggotaan subkluster kesehatan reproduksi yang terdiri dari penanggung jawab, organisasi pendukung dan kelompok kerja. Penanggung jawab subkluster ini merupakan unit di Kementerian Kesehatan/ dinas kesehatan yang bertanggung jawab pada seluruh pelaksanaan kegiatan subkluster kesehatan reproduksi.

## Tim Siaga Kesehatan Reproduksi

Tim siaga kesehatan reproduksi merupakan bagian dari subklaster kesehatan reproduksi yang memiliki kapasitas untuk melakukan respon cepat dalam penanganan awal bencana berskala besar. Tim ini akan diaktifkan sesuai dengan jenis bencana. Untuk respon yang tepat sasaran dan efektif, kegiatan-kegiatan kesiapsiagaan harus diimplementasikan di tingkat nasional dan daerah. Satu komponen penting dari kesiapsiagaan bencana adalah memastikan ketersediaan sumber daya manusia di tingkat nasional yang dapat dikerahkan secepatnya, khususnya pada saat fasilitas kesehatan tidak berfungsi seperti setelah bencana tsunami Aceh, 2004; bencana gempa, tsunami, dan likuifaksi Sulawesi Tengah 2018.

Diperlukan tim siaga yang juga akan berperan sebagai tim respon cepat PPAM Kesehatan Reproduksi, di mana aktor-aktor kemanusiaan dari lembaga PBB dan LSM tergabung di bawah koordinasi Kementerian Kesehatan. Keberadaan tim ini bertujuan untuk memastikan bahwa pada situasi krisis terdapat sistem mobilisasi yang cepat untuk meningkatkan skala respon dan meningkatkan bantuan secara efektif.

Diperlukan tim siaga yang juga akan berperan sebagai tim respon cepat PPAM Kesehatan Reproduksi, di mana aktor-aktor kemanusiaan dari lembaga PBB dan LSM tergabung di bawah koordinasi Kementerian Kesehatan. Keberadaan tim ini bertujuan untuk memastikan bahwa pada situasi krisis terdapat sistem mobilisasi yang cepat untuk meningkatkan skala respon dan meningkatkan bantuan secara efektif.

Tim siaga kesehatan reproduksi di tingkat nasional akan membantu penanganan bencana di provinsi, kabupaten/kota jika wilayah tersebut tidak mampu melakukan penanggulangan bencana dan/ atau bencana berskala nasional. Tim ini diberangkatkan 1 - 2 minggu pertama setelah bencana.

## 2. Mengadakan pertemuan rutin subklaster kesehatan reproduksi untuk memfasilitasi intervensi yang terkoordinasi dan memastikan pelaksanaan PPAM serta mencatat secara sistematis hasil pertemuan untuk memetakan tindak lanjut yang diharapkan pada pertemuan selanjutnya

- Rapat koordinasi subklaster kesehatan reproduksi dilakukan sebelum, saat dan setelah krisis kesehatan.
- Rapat koordinasi bertujuan untuk melakukan *update* kegiatan, meningkatkan koordinasi yang lebih baik, dan mengatasi kesenjangan sumber daya pada subklaster tersebut.
- Rapat koordinasi pada prakrisis kesehatan dilakukan sesuai dengan kesepakatan yang telah disepakati oleh anggota subklaster kesehatan reproduksi dengan mempertimbangkan besarnya bencana (misalnya

3 bulan sekali atau 6 bulan sekali). Sedangkan pada situasi tanggap darurat krisis kesehatan, rapat dilakukan setiap hari, pagi atau sore hari dengan frekuensi yang semakin berkurang seiring dengan situasi yang berangsur normal.

**Tabel 6 Rapat yang Dilakukan pada Setiap Tahapan Krisis Kesehatan**

Jenis rapat	Prakrisis	Saat tanggap darurat	Pascakrisis
Subklaster	Sesuai kesepakatan	Sehari 1 kali	Sesuai kesepakatan
Klaster kesehatan	Sesuai kesepakatan	Sehari 1 kali	Sesuai kesepakatan

**3. Melapor ke klaster kesehatan dan memberikan informasi ke subklaster pencegahan dan penanganan kekerasan berbasis gender dan perlindungan perempuan dan atau pertemuan koordinasi nasional terkait pelaksanaan PPAM dan mendiskusikan berbagai isu terkait pelaksanaan PPAM.**

Hasil rapat subklaster kesehatan reproduksi dilaporkan pada saat menghadiri rapat koordinasi klaster kesehatan serta subklaster pencegahan dan penanganan kekerasan berbasis gender dan perlindungan perempuan, terutama bila ada hal-hal atau masalah yang berkaitan memerlukan perhatian serta bantuan dari anggota klaster kesehatan dan subklaster pencegahan dan penanganan kekerasan berbasis gender dan perlindungan perempuan, seperti

- kebutuhan gizi bagi ibu hamil dan ibu menyusui di pengungsian;
- kendala dalam rujukan kasus komplikasi kebidanan dan neonatal;
- kebutuhan air bersih, pengelolaan sampah medis dan nonmedis di fasilitas kesehatan; serta
- mekanisme rujukan multisektoral untuk penyintas perkosaan, dll.

Pelaksanaan komponen pencegahan dan penanganan kekerasan seksual terintegrasi dengan pelaksanaan kegiatan di subklaster pencegahan dan penanganan kekerasan berbasis gender dan perlindungan perempuan untuk memastikan bahwa penyintas perkosaan mendapat pelayanan multisektor yang komprehensif.

**4. Bersamaan dengan mekanisme koordinasi kesehatan/KBG/HIV memastikan pemetaan dan analisis dari pelayanan kesehatan reproduksi yang ada.**

- Koordinator kesehatan reproduksi perlu mengidentifikasi lembaga dan organisasi yang bergerak di bidang kesehatan reproduksi untuk mengetahui lembaga apa yang dapat bekerjasama dalam subklaster kesehatan reproduksi pada situasi krisis kesehatan.



Kegiatan identifikasi dan pendataan sumber daya yang dimiliki oleh masing-masing organisasi dilakukan pada saat sebelum bencana, sehingga ketika krisis kesehatan terjadi, koordinator kesehatan reproduksi dapat melakukan aktivasi organisasi dan lembaga yang ada di daerah tersebut.

Untuk mengidentifikasi lembaga/organisasi yang bergerak di bidang kesehatan reproduksi, koordinator kesehatan reproduksi dapat menggunakan tabel di bawah ini, atau tabel yang disepakati oleh anggota dari subklaster kesehatan reproduksi.

**Tabel 7 Pendataan Organisasi yang Bekerja di Bidang Kesehatan Reproduksi**

Nama organisasi	Program	Wilayah kerja	Nama penanggung jawab	Alamat/ Email / telepon	Sumber daya yang dimiliki	Keterangan

- Perlu diketahui bahwa kemungkinan satu institusi tidak hanya terlibat dalam satu komponen kesehatan reproduksi saja, karena terdapat bagian-bagian yang saling berkaitan antara satu komponen dengan komponen lainnya (*cross-cutting*), misalnya: korban kekerasan seksual dapat terpapar IMS, dalam hal ini melibatkan dua komponen PPAM yakni komponen kekerasan seksual dan komponen pencegahan penularan IMS dan HIV.
- Dari data pemetaan lembaga, dapat disusun juga pemetaan pelayanan kesehatan reproduksi yang ada yang diberikan oleh anggota subklaster kesehatan reproduksi termasuk lokasi pelayanan (statik/bergerak), jenis pelayanan yang diberikan, jam pelayanan, serta ketersediaan tenaga dan komoditas kesehatan reproduksi.

**5. Memberi informasi tentang kesediaan tenaga, pelayanan dan komoditas kesehatan reproduksi dan melaporkan permasalahan yang ditemukan di lapangan**

Masing-masing penanggung jawab komponen PPAM menyampaikan informasi tentang

- kegiatan yang dilakukan dan data cakupan pelayanan,
- ketersediaan tenaga untuk memberikan pelayanan dan ketersediaan logistik,
- kendala dan permasalahan dalam memberikan pelayanan, dan
- rencana kegiatan yang dapat dilakukan secara bersama dengan anggota subklaster kesehatan reproduksi yang lain.

- Pemberiaan informasi juga dapat diberikan menggunakan formulir 4W (*who, what, where, when*) yang biasa dipergunakan pada situasi krisis untuk melakukan pendataan dan mencegah duplikasi dan tumpang tindih.

## **6. Memastikan masyarakat mengetahui tentang ketersediaan dan lokasi pelayanan kesehatan reproduksi dan memberi ruang untuk berkomunikasi dengan masyarakat yang terkena dampak krisis kesehatan**

Pemberian informasi tentang ketersediaan pelayanan kesehatan reproduksi, yang berisi tentang jenis pelayanan, lokasi dan waktu mengakses pelayanan. Gunakan media komunikasi yang sesuai dengan situasi dan kondisi setempat (misalnya melalui bidan, kader kesehatan, tokoh masyarakat, pesan di radio atau selebaran berisi informasi di toilet).

### **Peran bidan dalam mendukung mekanisme koordinasi PPAM :**

1. Menghadiri pertemuan koordinasi kesehatan reproduksi yang ada di wilayah kerjanya.
2. Melaporkan isu-isu dan data terkait kesehatan reproduksi, khususnya data-data terkait cakupan pelayanan kesehatan maternal dan neonatal dan pelayanan kontrasepsi yang diberikan bidan, permasalahan yang dihadapi dan dukungan yang dibutuhkan.
3. Memastikan ketersediaan dan pendistribusian logistik untuk pelayanan kesehatan reproduksi.
4. Memberikan informasi kepada masyarakat tentang kesehatan reproduksi, jenis pelayanan yang tersedia serta jadwal dan lokasi pelayanan.
5. Meminta masukan dan saran dari masyarakat tentang pelayanan yang diberikan oleh bidan dll.

## **C. Penilaian Kebutuhan Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi (*Rapid Health Assessment - RHA*)**

Pada tahap tanggap darurat krisis kesehatan perlu dilakukan penilaian untuk mendapatkan informasi mengenai kondisi penduduk yang terkena dampak atau pengungsi. Penilaian dilakukan untuk mendapatkan informasi tentang kebutuhan dan kerentanan kesehatan reproduksi yang ada di lapangan setelah terjadi krisis.

Secara umum tidak perlu melakukan penilaian tentang intervensi apa yang dilakukan, karena intervensi kesehatan reproduksi pada tanggap darurat krisis kesehatan adalah melalui penerapan PPAM. Pengumpulan data mengenai jumlah sasaran pelayanan kesehatan reproduksi (ibu hamil, ibu melahirkan, bayi baru lahir dan lain-lain) pada awal terjadi krisis kesehatan tidak dilakukan, karena berdasarkan pengalaman lapangan, data tersebut sulit didapatkan. Koordinator subklaster kesehatan reproduksi dapat memperoleh data sasaran pelayanan

kesehatan reproduksi melalui estimasi statistik, yaitu dengan menggunakan data jumlah pengunjung. Data pengunjung dapat diperoleh dari Tim *Rapid Health Assessment* (RHA) yang menggunakan formulir RHA. Namun, penilaian tetap harus dilakukan untuk memperoleh informasi mengenai kondisi fasilitas kesehatan, ketersediaan pelayanan, tenaga kesehatan, ketersediaan alat dan obat, sistem rujukan untuk kasus kegawatdaruratan serta kondisi kelompok rentan sasaran kesehatan reproduksi di pengungsian. Dengan terkumpulnya data dan informasi tersebut maka dapat disusun strategi dan rencana PPAM kesehatan reproduksi.

## Jenis penilaian kebutuhan yang dilakukan:

### 1. Penilaian kesehatan cepat (*rapid health assessment/RHA*)

Penilaian kesehatan cepat atau RHA dilakukan untuk melakukan penilaian kondisi kesehatan yang dilakukan oleh tim kaji cepat klaster kesehatan (tim RHA) yang terdiri dari personil/perwakilan masing-masing subklaster.

Penilaian cepat dapat dilakukan dalam beberapa tahapan sebagai berikut:

- Terdapat potensi krisis kesehatan
- Terjadi situasi darurat krisis kesehatan
- Pemulihan darurat situasi krisis kesehatan

RHA dilakukan oleh Tim RHA yang minimal terdiri dari dokter umum, epidemiolog, dan sanitarian. Apabila dibutuhkan, dapat ditugaskan beberapa tim RHA secara bersamaan. RHA pada siaga darurat krisis kesehatan difokuskan untuk menilai dan menganalisis potensi risiko krisis kesehatan (ancaman, kerentanan dan kapasitas) yang mungkin terjadi serta proyeksi kebutuhan kesehatan.

RHA pada status tanggap darurat difokuskan pada penilaian dampak kesehatan masyarakat yang terjadi dan proyeksi kebutuhan awal pada status tanggap darurat. Prinsip dasar dalam melakukan RHA pada status tanggap darurat:

- RHA dilakukan dalam jangka waktu 24 jam pertama saat terjadi krisis kesehatan sesuai dengan jenis krisis kesehatan
- Hasil penilaian dilaporkan secepatnya kepada para pengambil kebijakan.
- RHA juga dapat diulang setiap saat berdasarkan perubahan situasi yang signifikan.

Di tingkat nasional, RHA akan dilakukan di bawah koordinasi Pusat Krisis Kesehatan (PKK) dan perwakilan dari subklaster akan menjadi anggota tim RHA. Perwakilan subklaster kesehatan reproduksi dapat berasal dari profesi bidan, dokter atau dokter SpOG yang telah mendapat pelatihan PPAM dan dapat membantu melakukan pertolongan persalinan. Perwakilan subklaster kesehatan reproduksi yang menjadi anggota tim RHA akan dibekali dengan peralatan

minimum untuk mengantisipasi bila ada ibu hamil di pengungsian yang akan melahirkan sewaktu-waktu di tengah proses penilaian. Peralatan minimum yang harus dibawa terdiri dari:

1. Peralatan individu (*survival kit*) bagi anggota tim
2. Alat pertolongan persalinan: bisa berupa bidan kit atau *partus set* yang dilengkapi dengan obat-obatan dan bahan habis pakai untuk menolong persalinan.
3. Kit individu untuk ibu hamil, ibu pasca melahirkan dan bayi baru lahir masing-masing sebanyak minimal 5 buah atau lebih bila memungkinkan untuk dibawa dalam penerbangan ke tempat bencana.

#### **D. Penilaian kebutuhan khusus PPAM**

Penilaian yang lebih mendalam dan difokuskan pada PPAM dapat dilakukan beberapa hari kemudian oleh tim penilai yang terdiri dari anggota subklaster kesehatan reproduksi atau penanggung jawab masing-masing komponen.

Berikut adalah langkah-langkah dalam melakukan penilaian kebutuhan pelayanan kesehatan reproduksi :

- a. Mengumpulkan data sekunder/data dasar prakrisis: data sasaran, indikator penting terkait kesehatan reproduksi seperti angka kelahiran kasar, persalinan oleh tenaga kesehatan, data fasilitas pelayanan kesehatan. Hal ini dilakukan untuk mendapatkan gambaran tentang kondisi kesehatan reproduksi sebelum bencana terjadi
- b. Melakukan estimasi jumlah sasaran kesehatan reproduksi untuk respon bencana. Estimasi dilakukan dengan menggunakan data jumlah pengungsi yang didapat dari tim RHA. Estimasi sasaran juga dapat dilakukan dengan menggunakan aplikasi yang disebut sebagai "kalkulator PPAM". Kalkulator PPAM dikembangkan di tingkat global untuk mempermudah mendapatkan beberapa data estimasi populasi target dengan menggunakan data jumlah pengungsi dan menggunakan presentasi statistik dari jumlah kelompok tertentu yang diperoleh dari data sensus, survei kependudukan dan kesehatan dan sumber lainnya. Data yang tersedia di kalkulator PPAM adalah di tingkat nasional, dan dapat digunakan pada tingkat yang lebih rendah bila datanya tersedia.

Kalkulator PPAM (MISP calculator) dapat diakses di link berikut: <https://iawg.net/resources/misp-calculator>.

**Tabel 8: Data estimasi statistik yang dapat diperoleh dari kalkulator PPAM**

No	Data	Estimasi Statistik
1	Wanita Usia Subur (WUS)	27%
2	Populasi dewasa (>18 th)	68%
3	Remaja perempuan usia 10-14 th	4%
4	Remaja perempuan usia 10-19 tahun	8%
5	Remaja usia 10-19 tahun	17%
6	Laki-laki dewasa (>18 th)	34%
7	Angka kelahiran kasar/1000 penduduk	18
8	Prevalensi Infeksi Menular Seksual (IMS)	4%

Berdasarkan data estimasi tersebut kita bisa memperoleh data sebagai berikut:

Jumlah Wanita Usia Subur (WUS): 27% dari jumlah pengungsi yang merupakan populasi target utama PPAM, sekaligus bisa menghitung jumlah kit dignity/kit khusus perempuan yang termasuk pembalut di dalamnya.

- Jumlah estimasi kelahiran hidup dalam waktu 12 bulan ke depan
- Jumlah estimasi kelahiran hidup dalam waktu 1 bulan ke depan
- Jumlah estimasi ibu hamil saat ini
- Jumlah estimasi kasus komplikasi kehamilan dan persalinan
- Jumlah estimasi orang dewasa dengan IMS dll.

Selain menggunakan kalkulator PPAM, kita juga dapat menghitung estimasi populasi target menggunakan estimasi statistik dengan menghitung secara manual.

**Tabel 9: Penghitungan estimasi ibu hamil, melahirkan dan bayi baru lahir secara manual:**

	Variabel	Rumus
	Angka Kelahiran Kasar (Crude Birth Rate/CBR) Atau memakai 4%	Jumlah bayi yang lahir per 1000 penduduk
	Wanita usia subur	27% dari jumlah penduduk/pengungsi
	Estimasi jumlah Ibu hamil	
a	Estimasi jumlah kelahiran hidup dalam 1 tahun	CBR x Jumlah pengungsi
b	Estimasi jumlah kelahiran per bulan	a : 12
c	Estimasi jumlah kehamilan yang berakhir dengan lahir mati atau keguguran (estimasi 15% dari kelahiran hidup)	a x 0.15
d	Estimasi jumlah kehamilan dalam 1 tahun	a + c
e	Estimasi jumlah ibu hamil per bulan	d : 12
f	Jumlah ibu hamil pada suatu waktu tertentu	e x 9

Penghitungan estimasi sasaran kelompok lanjut usia dan balita tidak dilakukan dengan menggunakan kalkulator PPAM tapi dilakukan dengan menggunakan estimasi statistik berdasarkan hasil sensus penduduk (BPS) atau data lain. Berdasarkan data sensus penduduk tahun 2020 menunjukkan persentase penduduk berusia 60 tahun ke atas (lansia) sebesar 9,9% dari jumlah total penduduk Indonesia. Berdasarkan data tahunan Pusat Data dan Informasi (Pusdatin) Kementerian Kesehatan, jumlah balita adalah sekitar 13% dari total jumlah penduduk (menunggu data dari sensus tahun 2020).

**Tabel 10: Data estimasi statistik yang dapat diperoleh dari hasil survei dan sensus penduduk**

No	Data	Estimasi Statistik
1	Populasi Balita	13%
2	Populasi Lansia ( $\geq 60$ tahun)	9,9%

Selain target sasaran di atas, bila memungkinkan, kumpulkan data kelompok rentan:

- Penyandang disabilitas
- Anak yang sendirian/terpisah dari keluarganya
- Perempuan sebagai kepala keluarga
- Lansia yang ketergantungan sedang dan berat tanpa keluarga atau terpisah dari keluarganya

Kelompok rentan ini sebaiknya ditempatkan pada tenda khusus/tersendiri yang terletak dekat dengan tenda kesehatan reproduksi sehingga terlindungi, mudah dalam mengakses pelayanan dan dapat dipantau kondisinya secara berkala.

- Melakukan penilaian kondisi fasilitas pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan dan ketersediaan alat dan obat untuk memberikan pelayanan kesehatan reproduksi

  - Kondisi fasilitas kesehatan, termasuk kondisi puskesmas PONED dan RS PONEK:  
kondisi bangunan apakah masih bisa dipergunakan atau tidak; perlu tidaknya didirikan tenda pelayanan kesehatan reproduksi.
  - Kondisi tenaga kesehatan: apakah tenaga kesehatan terdampak bencana, kondisi fisik dan mental dari tenaga kesehatan. Perlu tidaknya bantuan tenaga dari luar, perlu tidaknya dukungan psikososial bagi tenaga kesehatan yang terdampak.
  - Ketersediaan alat, obat dan bahan habis pakai untuk pelayanan kesehatan reproduksi.

- Sistem rujukan khususnya untuk kegawatdaruratan kebidanan dan neonatal: kondisi jalan, ketersediaan transportasi, waktu tempuh ke tempat rujukan, faktor keamanan dll
- d. Jika bencana berskala besar, mendata lembaga/organisasi/LSM yang bekerja di bidang kesehatan reproduksi pada tanggap darurat krisis kesehatan. Data ini dapat diperoleh melalui koordinasi dengan sektor kesehatan. Hal ini dilakukan untuk mengidentifikasi dan membagi peran organisasi dan lembaga yang bekerja di bidang kesehatan reproduksi di daerah yang terkena dampak bencana, agar tidak terjadi tumpang tindih dalam memberikan bantuan dan pelayanan
- e. Mengumpulkan data kondisi ibu hamil dan melahirkan di pengungsian dengan melakukan wawancara dengan 2-3 ibu hamil/melahirkan yang ditemui di tenda pengungsian. Data ini dikumpulkan untuk mengetahui tentang ketersediaan pelayanan bagi ibu hamil dan pascapersalinan di pengungsian.
- f. Melakukan penilaian risiko terjadinya Kekerasan Berbasis Gender (KBG) di tempat pengungsian dengan melakukan observasi langsung dan melakukan wawancara dengan pengelola tempat pengungsian dan dengan perwakilan pengungsi.

### **Pihak yang menilai**

Subklaster kesehatan reproduksi akan berpartisipasi pada penilaian kebutuhan berikut:

- a. Penilaian kesehatan cepat (RHA)

Perwakilan dari anggota subklaster kesehatan reproduksi akan bergabung dengan tim RHA dari Kementerian Kesehatan/Dinas Kesehatan. Sebaiknya memiliki latar belakang bidan, dokter atau SpOG sehingga dapat sekaligus memberikan pertolongan persalinan yang terjadi di saat proses penilaian berlangsung. Jika subklaster kesehatan reproduksi belum terbentuk di daerah, maka pengelola program kesehatan reproduksi/kesehatan keluarga di dinas kesehatan akan menjadi anggota tim RHA.
- b. Penilaian kebutuhan PPAM

Jika subklaster kesehatan reproduksi sudah terbentuk, maka penilaian dilakukan oleh koordinator subklaster kesehatan reproduksi beserta penanggung jawab masing-masing komponen. Jika subklaster kesehatan reproduksi belum terbentuk di daerah, maka pengelola program kesehatan reproduksi/kesehatan keluarga di dinas kesehatan yang akan melakukan penilaian bersama dengan lintas sektor terkait seperti IBI, BKKBN, kantor DP3A dll.

## Cara menganalisis, menggunakan dan mendiseminasikan hasil penilaian

1. Setelah mendapatkan lembar penilaian, koordinator atau anggota subklaster kesehatan reproduksi melakukan penilaian dengan menganalisa data prakrisis dan data yang didapatkan pada saat tanggap darurat seperti:
  - Jumlah pengungsi yang didapat dari tim RHA, termasuk data pengungsi remaja, balita dan lanjut usia (bila tersedia)
  - Penilaian kondisi fasilitas pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan dan ketersediaan alat dan obat untuk memberikan pelayanan kesehatan reproduksi
  - Mendata lembaga/organisasi/LSM yang bekerja di bidang kesehatan reproduksi pada tanggap darurat krisis kesehatan
  - Data kondisi ibu hamil dan melahirkan di pengungsian
  - Faktor-faktor yang meningkatkan risiko kekerasan berbasis gender.
2. Faktor-faktor yang meningkatkan risiko kekerasan berbasis gender (KBG) dengan berkoordinasi dengan subklaster PPKGB dan Pemberdayaan Perempuan.
3. Menggunakan dan mendiseminasikan hasil penilaian.

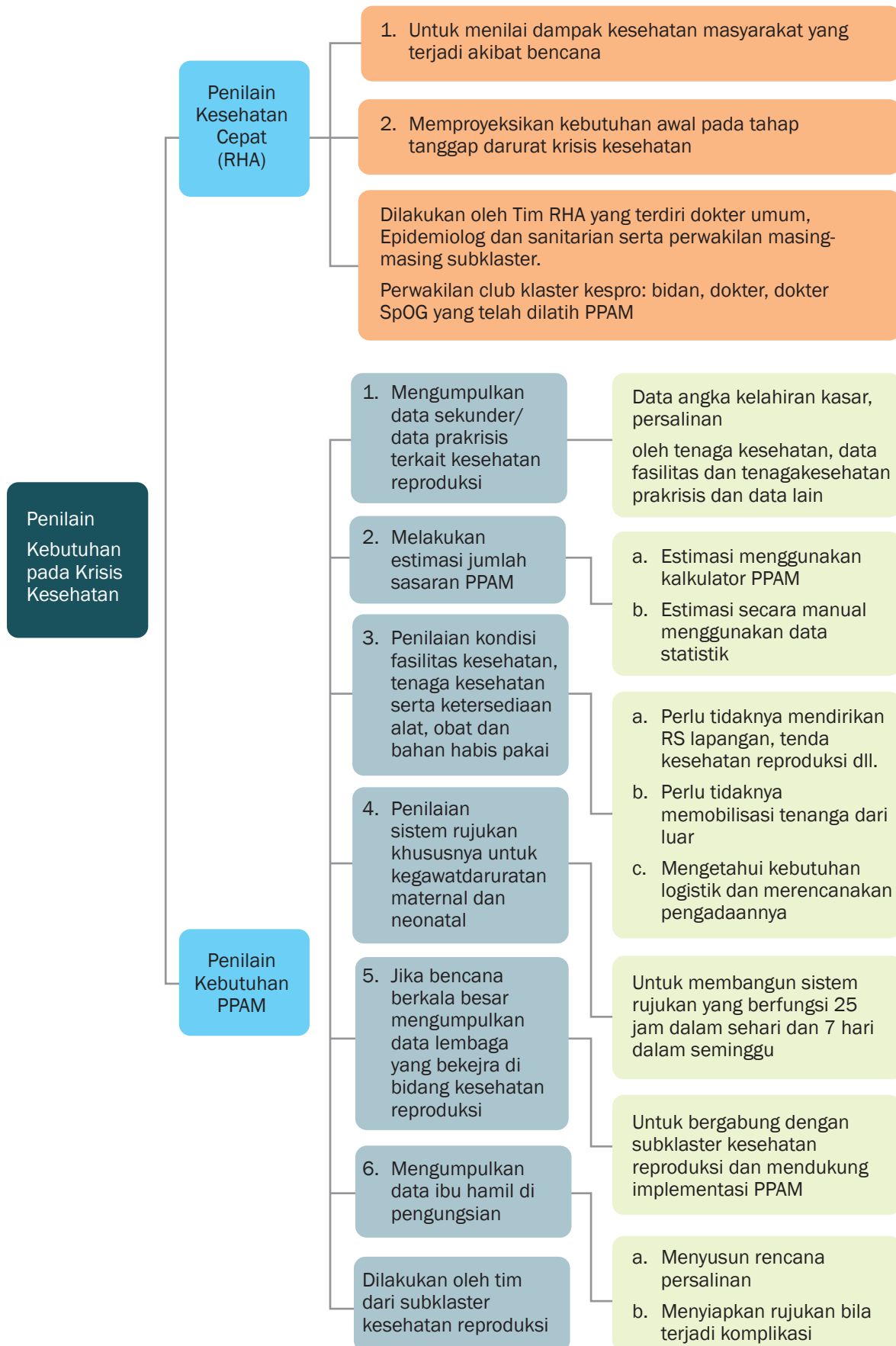
Setelah melakukan analisa dapat disusun strategi dan rencana pelaksanaan PPAM di situasi krisis baik dalam bentuk penerapan PPAM serta dukungan logistik sesuai kebutuhan pengungsi di daerah tersebut. Hasil dari analisa dapat berisi rekomendasi mengenai bagaimana memastikan intervensi PPAM yang dimuat dalam bentuk laporan. Hasil rekomendasi diinformasikan kepada semua organisasi yang terlibat dalam respon bencana, termasuk masyarakat melalui mekanisme koordinasi kesehatan dan sistem pelaporan yang ada saat bencana.

## VII. PERAN BIDAN DALAM Mendukung Proses Penilaian Kebutuhan Untuk Kesehatan Reproduksi Pada Krisis Kesehatan:

- a. Bidan yang telah dilatih PPAM atau memiliki pemahaman tentang PPAM dapat bergabung dengan tim penilaian cepat kesehatan (RHA/Rapid Health Assessment).
- b. Bidan yang telah dilatih PPAM atau memiliki pemahaman tentang PPAM dapat bergabung dengan tim subklaster kesehatan reproduksi untuk melakukan penilaian kebutuhan PPAM.



## VIII. DIAGRAM ALUR (MIND MAPPING) PENILAIAN KEBUTUHAN



## IX. RANGKUMAN

1. Untuk penerapan PPAM diperlukan pendekatan multisektoral dan koordinasi dengan lembaga terkait.
2. Koordinasi kesehatan reproduksi dilakukan melalui subklaster kesehatan reproduksi di bawah koordinasi klaster kesehatan. Subklaster kesehatan reproduksi harus dibentuk pada tahap prakrisis kesehatan, terutama untuk daerah yang rawan bencana.
3. Untuk pelaksanaan PPAM pada tanggap darurat krisis kesehatan, secara umum tidak perlu dilakukan penilaian kebutuhan kesehatan reproduksi karena kebutuhannya tetap ada dan justru meningkat. Penilaian yang dilakukan adalah penilaian kondisi fasilitas kesehatan, ketersediaan tenaga serta peralatan dan obat-obatan untuk penerapan PPAM.
4. Bidan dapat berperan dalam mendukung koordinasi pelaksanaan PPAM dengan cara:
  - Menghadiri pertemuan koordinasi kesehatan reproduksi yang ada di wilayah kerjanya
  - melaporkan isu-isu dan data terkait kesehatan reproduksi, khususnya data-data terkait cakupan pelayanan kesehatan maternal dan neonatal dan pelayanan kontrasepsi yang diberikan bidan, rujukan kasus komplikasi, permasalahan yang dihadapi dan dukungan yang dibutuhkan
  - Memastikan ketersediaan dan pendistribusian logistik untuk pelayanan kesehatan reproduksi.
5. Bidan dapat mendukung proses penilaian kebutuhan untuk kesehatan reproduksi pada krisis kesehatan dengan cara:
  - a. Bidan yang telah dilatih PPAM atau memiliki pemahaman tentang PPAM dapat bergabung dengan tim penilaian cepat kesehatan (RHA/*Rapid Health Assessment*)
  - b. Bidan yang telah dilatih PPAM atau memiliki pemahaman tentang PPAM dapat bergabung dengan tim subklaster kesehatan reproduksi untuk melakukan penilaian kebutuhan PPAM.

## X. DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian Kesehatan, 2021, Pedoman operasional implementasi Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi pada Krisis Kesehatan.
2. Inter-Agency Working Group (IAWG) on Reproductive Health in Emergency, 2018, Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings.

# MATERI 3

## PENCEGAHAN DAN PENANGANAN KEKERASAN SEKSUAL DAN MERESPON KEBUTUHAN PENYINTAS

MATERI

3



## I. DESKRIPSI SINGKAT

Modul ini membahas tentang pencegahan dan penanganan kekerasan seksual, bagaimana merespon kebutuhan penyintas pada situasi krisis kesehatan yang meliputi: mengenal gejala dan tanda adanya kekerasan seksual, berbagai bentuk kekerasan seksual, pencegahan serta penanganan kekerasan seksual pada situasi krisis kesehatan yang dapat dilakukan oleh bidan. Di modul ini juga dibahas tentang tata laksana klinis bagi penyintas kekerasan seksual dan perbedaan langkah-langkah pencegahan dan penanganan yang dilakukan sebagai bagian dari PPAM dan pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif.

## II. TUJUAN PEMBELAJARAN

### 1. Hasil belajar

Setelah mempelajari modul ini, mahasiswa mampu mengidentifikasi adanya kekerasan seksual dan melakukan tindakan pencegahan dan merespon kebutuhan penyintas pada situasi krisis kesehatan.

### 2. Indikator hasil belajar

Setelah mempelajari modul ini, peserta diharapkan mampu:

- a. Menjelaskan definisi kekerasan seksual
- b. Mengidentifikasi berbagai bentuk tindakan kekerasan seksual
- c. Mendeskripsikan tindakan pencegahan kekerasan seksual pada situasi krisis kesehatan
- d. Menjelaskan tentang penanganan kekerasan seksual dan bagaimana merespon kebutuhan penyintas pada situasi krisis kesehatan
- e. Memahami peran strategis bidan dalam pencegahan dan penanganan kekerasan seksual
- g. Memahami perbedaan langkah-langkah yang dilakukan untuk pencegahan dan penanganan kekerasan seksual sebagai bagian dari PPAM dan kesehatan reproduksi komprehensif
- h. Mengetahui indikator untuk memonitor pencapaian sebagai bagian dari monitoring dan evaluasi.

## III. POKOK BAHASAN

1. Definisi kekerasan seksual dan kekerasan berbasis gender
2. Berbagai bentuk tindakan kekerasan seksual
3. Tindakan pencegahan kekerasan seksual pada situasi krisis kesehatan
4. Penanganan kekerasan seksual pada situasi krisis kesehatan dan bagaimana merespon kebutuhan penyintas
5. Peran strategis bidan dalam pencegahan dan penanganan kekerasan seksual

6. Perbedaan langkah-langkah yang dilakukan untuk pencegahan dan penanganan kekerasan seksual sebagai bagian dari PPAM dan kesehatan reproduksi komprehensif
7. Indikator untuk memonitor pencapaian sebagai bagian dari monitoring dan evaluasi.

#### IV. BAHAN MATERI

1. Materi Pencegahan dan Penanganan Kekerasan Seksual dan Merespon Kebutuhan Penyintas
2. Petunjuk diskusi kelompok.
3. Laptop
4. LCD
5. Papan *flipchart*/papan tulis
6. Spidol

#### V. LANGKAH-LANGKAH PEMBELAJARAN

Menggunakan pendekatan *student-centered learning*

#### VI. URAIAN MATERI

##### 1. Konsep Dasar Kekerasan Seksual di Situasi Bencana

KBG diartikan sebagai setiap tindakan penyimpangan yang disebabkan adanya ketidakseimbangan kekuasaan dalam relasi antara perempuan dan laki-laki (gender) yang berakibat atau mungkin berakibat kesengsaraan atau penderitaan perempuan, termasuk anak-anak, baik secara fisik, seksual dan/atau psikologis, termasuk ancaman tindakan tertentu, seperti pemaksaan atau perampasan kemerdekaan secara sewenang-wenang, yang terjadi di ranah privat/domestik dan di ranah publik. KBG adalah sebuah istilah yang digunakan untuk menjelaskan berbagai macam bentuk tindakan kekerasan yang membahayakan atau mengakibatkan penderitaan pada seseorang. KBG juga memiliki berbagai macam bentuk:

- a. Kekerasan seksual (misalnya perkosaan/percobaan perkosaan, penganiayaan seksual, eksploitasi seksual, dll.). Jenis-jenis tindak pidana kekerasan seksual dijelaskan di Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2022 tentang Tindak Pidana Kekerasan Seksual.
- b. Kekerasan fisik
- c. Kekerasan psikologis
- d. Penelantaran ekonomi
- e. Praktik-praktik berbahaya

## 2. Faktor Risiko Kekerasan Seksual pada Situasi Krisis Kesehatan (subjudul baru)

Istilah “kekerasan berbasis gender” seringkali dipergunakan secara bersamaan dengan istilah “kekerasan terhadap perempuan” karena bentuk-bentuk tindakan ini terjadi akibat konstruksi gender menempatkan status perempuan sebagai kelas kedua di dalam masyarakat. Penting untuk diingat bahwa laki-laki dan anak-anak lelaki juga bisa menjadi korban KBG, khususnya kekerasan seksual, terutama bila dalam konstruksi gender budaya setempat mereka berada pada posisi yang lemah (tidak berkuasa) dibandingkan dengan strata laki-laki lain ataupun perempuan.

Penyebab KBG dapat dilihat melalui pohon masalah berikut ini



Dapat terlihat bahwa akar penyebab masalah dari KBG adalah adanya norma, pemikiran, sikap, dan struktur yang menciptakan ketidaksetaraan gender, diskriminasi, relasi kuasa yang timpang dan tidak adanya penghargaan pada hak asasi manusia. Selain itu terdapat beberapa faktor pendorong KBG seperti faktor pendidikan, penyalahgunaan zat, minimnya perlindungan hukum, kemiskinan, konflik, dan bencana alam.

Kekerasan seksual merupakan salah satu bentuk dari kekerasan berbasis gender, namun beberapa literatur menggunakan istilah kekerasan seksual berbasis gender untuk menekankan pada dampak serius dari kekerasan seksual yang dapat terjadi pada perempuan dan laki-laki. Kekerasan berbasis gender adalah tindakan pelanggaran hukum dan kriminal baik dalam kebijakan, undang-undang nasional maupun internasional. Jumlah korban kekerasan berbasis gender lebih banyak perempuan dan anak perempuan. Namun laki-laki baik anak-anak maupun dewasa juga dapat menjadi korban kekerasan berbasis gender, terutama kekerasan seksual dalam situasi konflik, penyiksaan dan penahanan.

PPAM fokus pada pencegahan dan penanganan kekerasan seksual karena merupakan salah satu bentuk kekerasan berbasis gender yang sering terjadi pada situasi krisis kesehatan akibat bencana dan memiliki dampak kesehatan yang sangat berat bagi penyintasnya.

Istilah *penyintas* yang digunakan dalam modul ini merujuk pada korban kekerasan seksual yang selamat jiwanya. Dalam beberapa literatur istilah penyintas dan korban dipakai secara bergantian untuk seseorang yang telah mengalami berbagai bentuk kekerasan seksual. Seringkali kata penyintas dipakai dalam konteks pemulihan psikologis dan rehabilitasi sosial, sedangkan korban seringkali dipakai dalam konteks medis dan hukum. *Penyintas* memiliki makna pemberdayaan bahwa *korban* memiliki kemampuan dan kapasitas untuk bangkit kembali setelah mengalami kekerasan.

Dalam situasi krisis kesehatan risiko terjadinya kekerasan seksual semakin meningkat karena:

- a. **selama proses evakuasi, keluarga terpisah dari komunitasnya.** Kelompok rentan seperti perempuan, remaja perempuan, dan anak-anak seringkali terpisah dari keluarganya. Sistem perlindungan sosial masyarakat juga terganggu sehingga mereka tidak bisa melindungi satu sama lain;
- b. **pengungsi harus tinggal di lokasi pengungsian yang sangat padat dengan sistem keamanan dan privasi yang terbatas.** Hal ini dapat disebabkan oleh pembangunan sarana fisik di lokasi pengungsian, termasuk pembuatan fasilitas untuk mandi dan WC umum yang kurang memenuhi standar keamanan. Tidak tersedianya fasilitas ruang privasi untuk melanjutkan kehidupan seksual yang sehat bagi pasangan suami istri juga dapat mengakibatkan kebutuhan yang tidak tersalurkan dan memicu tindakan kekerasan seksual. Lokasi, jenis, dan lamanya waktu pengungsian juga berkontribusi terhadap meningkatnya risiko KBG, terutama yang dilakukan oleh para pelaku oportunistis yang memanfaatkan situasi dengan kondisi keamanan yang minimal atau terbatas;
- c. **tidak terpenuhinya kebutuhan dasar dan akses terhadap fasilitas umum.** Terbatasnya pemenuhan kebutuhan dasar dan fasilitas umum, termasuk sulitnya mendapatkan fasilitas yang layak untuk mandi, mencuci, ketidakterediaan bahan-bahan untuk menjaga kebersihan, tidak adanya listrik, terganggunya keamanan pangan, hilangnya mata pencaharian sekaligus kerentanan ekonomi, dapat memicu tindakan kekerasan oleh laki-laki; dan
- d. **bantuan kemanusiaan yang kurang mempertimbangkan keadilan pada akses, partisipasi, kontrol, dan manfaat pada berbagai kelompok masyarakat.** Pemberian bantuan yang tidak mempertimbangkan kebutuhan yang berbeda antara perempuan dan laki-laki, termasuk kebutuhan untuk anak akan memicu terjadinya KBG. Hal ini terjadi karena kurangnya pemahaman dari pekerja kemanusiaan tentang pentingnya pendekatan gender di dalam memberikan bantuan kepada masyarakat yang terkena dampak bencana. Pada umumnya keterlibatan dan partisipasi perempuan pada perencanaan dan pemberian bantuan kemanusiaan sangat terbatas. Hal-hal di atas dapat memperbesar risiko terjadinya KBG,

walaupun bukan menjadi faktor utama.

KBG dalam konteks apa pun harus dicegah dan ditangani. Terlebih lagi dalam bencana, KBG juga terjadi dengan kekhasannya yang perlu dicegah dan ditangani secara lebih khusus, dalam arti menyesuaikan dengan kondisi pascabencana yang serba terbatas, rusak, atau bahkan tidak ada sumber daya sama sekali.

Kasus kekerasan seksual menjadi salah satu prioritas dalam PPAM karena mempunyai dampak yang serius, jangka panjang dan mengancam jiwa. Kekerasan seksual berpotensi terjadi di berbagai tempat misalnya pada saat pembagian makanan, mengakses kebutuhan air bersih dan kegiatan domestik. Kelompok yang berisiko mengalami kekerasan seksual pada krisis kesehatan adalah

1. perempuan yang kehilangan anggota keluarga,
2. perempuan sebagai kepala keluarga,
3. anak laki-laki /perempuan yang kehilangan anggota keluarga,
4. laki-laki/perempuan yang berkebutuhan khusus atau penyandang disabilitas, serta
5. lansia yang ketergantungan berat dan total tanpa keluarga.

Catatan: laki-laki dan anak laki-laki juga dapat menjadi penyintas kekerasan seksual, khususnya pada krisis kesehatan akibat konflik, perang dll.

### 3. Berbagai Bentuk Tindakan Kekerasan Seksual

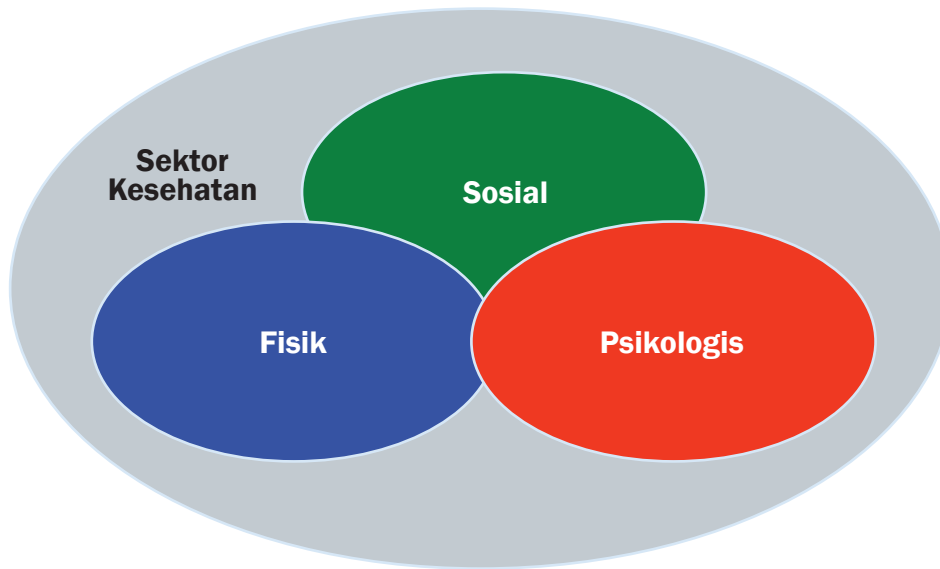
Berbagai bentuk tindakan kekerasan seksual termasuk perkosaan, pelecehan seksual, perbudakan seks dan atau prostitusi/perdagangan seks, kehamilan paksa, kekerasan seksual, eksploitasi seksual dan atau penyalahgunaan seks dan aborsi paksa. Beberapa bentuk kekerasan seksual yang sering terjadi dalam konteks bencana:

- a. Pelecehan seksual dalam bentuk pengintipan, minim ruang privasi untuk berganti pakaian
- b. Serangan seksual saat menggunakan MCK, mengakses bantuan dan layanan
- c. Serangan seksual yang dilakukan oleh petugas keamanan termasuk pemberi bantuan, sesama pengungsi
- d. Transaksi seksual untuk rasa aman/perlindungan, makanan dan bantuan oleh pemberi bantuan
- e. Kekerasan seksual pada anak, termasuk perkawinan usia anak dan *incest*, anak tanpa pengawasan di situasi yang tidak aman dan dalam rumah tangga/perkawinan
- f. Kekerasan seksual dalam lingkup rumah tangga/perkawinan
- g. Praktik yang berbahaya yang muncul karena keterbatasan situasi pengungsian/ekonomi (pemaksaan perkawinan, perkawinan usia anak).



## 4. Konsekuensi Kesehatan dari Kekerasan Seksual

### Konsekuensi Kesehatan dari Perkosaan



KBG memiliki dampak yang sangat signifikan pada korbannya, baik jangka pendek maupun jangka panjang, yang berupa dampak pada aspek fisik, psikologis, dan sosial. Dampak ini tidak terjadi secara tunggal dan terpisah, akan tetapi saling berkaitan yang dapat menambah peliknya masalah yang dialami korban dan keluarganya. Misalnya dampak fisik juga akan berakibat pada penderitaan psikologis korban. Secara umum dampak KBG yang dialami oleh korban/ penyintas dapat dilihat di tabel berikut:

**Tabel 11: Dampak Fisik Kekerasan Seksual**

DAMPAK FISIK	
Jangka Pendek/Langsung	Jangka Menengah dan Panjang
<ul style="list-style-type: none"><li>• Luka-luka fisik dari yang ringan hingga berat, sampai dengan kehilangan anggota tubuh bahkan kematian</li><li>• Kehamilan yang tidak direncanakan, tertular infeksi menular seksual, mengalami risiko lebih besar untuk tertular HIV dan IMS lainnya, serta rusaknya organ reproduksi</li><li>• Pemaksaan fisik memang seringkali digunakan dalam perkosaan akan tetapi tidak selalu demikian, sehingga korban tidak selalu mengalami luka-luka pada tubuh, apalagi bila pelaku sudah paham strategi agar korban tidak sampai terluka secara fisik</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kehamilan yang tidak direncanakan dan umumnya berakhir dengan aborsi yang tidak aman</li><li>• Melanjutkan kehamilan yang tidak direncanakan dengan keluhan fisik yang lebih meningkat karena secara psikologis menolak kehamilan tersebut</li><li>• Kondisi kesehatan yang menurun akibat luka permanen atau tekanan psikis yang ditimbulkan karena kejadian kekerasan seksual, cacat tubuh, penyakit infeksi seksual kronis, mengidap HIV dan IMS lainnya, tidak dapat memiliki keturunan, kematian</li><li>• Pendarahan atau infeksi pada vagina, pertumbuhan jaringan yang tidak normal pada vagina, menurunnya hasrat seksual, sakit pada panggul yang kronis, infeksi saluran kencing kronis serta peradangan pada vagina</li></ul>

**Tabel 12: Dampak Psikologis/Mental Kekerasan Seksual**

DAMPAK PSIKOLOGIS/MENTAL	
Jangka Pendek/Langsung	Jangka Menengah dan Panjang
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mengalami kebingungan, rasa tidak percaya, hampa, marah, sedih, tidak berdaya, malu, menjadi agresif, menyalahkan diri sendiri</li> <li>● Menyesali keadaan dalam arti memiliki pikiran-pikiran “seandainya aku...”, dll;</li> <li>● Mempertanyakan atau menyalahkan Tuhan</li> <li>● Menghindari tempat kejadian atau tempat yang serupa dengan tempat kejadian</li> <li>● Rasa takut atau muak pada pelaku atau orang yang menyerupai pelaku</li> <li>● Mengalami mimpi buruk, sulit tidur</li> <li>● Menarik diri, sulit berkonsentrasi, kehilangan nafsu makan</li> <li>● Merasa diri kotor atau tidak berharga,; kehilangan kepercayaan diri, merasa jijik pada diri sendiri, merasa jijik pada segala sesuatu yang mengingatkan korban pada pelaku atau kejadian</li> <li>● Memiliki pikiran yang berulang-ulang tentang kejadian</li> <li>● Tidak ingat dengan hal-hal detail, kehilangan orientasi diri, waktu dan tempat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Dampak jangka pendek masih bisa terus dialami</li> <li>● Mengalami gangguan psikologis lebih berat, misalnya depresi, gangguan identitas terpecah (split personality)</li> <li>● Bunuh diri atau keinginan untuk bunuh diri</li> <li>● Mengalami gangguan stres pasca trauma</li> <li>● Mengalami gangguan makan; gangguan tidur</li> <li>● Memiliki masalah personal dengan lawan jenis, hasrat seksual menurun, menjadi tidak tertarik pada lawan jenis</li> <li>● Perilaku seks berisiko yang tertampil dalam bentuk berganti-ganti pasangan</li> <li>● Ketergantungan pada rokok atau narkoba, psikotropika dan zat adiktif lainnya (NAPZA)</li> <li>● Perilaku yang melanggar aturan dan hukum seperti mencuri atau membolos</li> <li>● Skeptis pada sistem hukum dan nilai-nilai kehidupan</li> </ul>

**Tabel 13: Dampak Sosial, Budaya, dan Ekonomi Kekerasan Seksual**

DAMPAK SOSIAL, BUDAYA, DAN EKONOMI	
Jangka Pendek/Langsung	Jangka Menengah dan Panjang
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Dipersalahkan atas kejadian yang menimpa dirinya</li> <li>● Dipertanyakan moralitas dan kesucian dirinya</li> <li>● Dipertanyakan niat dan motivasinya</li> <li>● Diadili oleh masyarakat, dinikahkan dengan pelaku atau dengan siapa saja atas keputusan keluarga karena dianggap sudah ‘rusak’</li> <li>● Diceraihan sepihak atau ditinggalkan oleh pasangan, dihukum oleh pasangan</li> <li>● Dikucilkan oleh keluarga, lingkungan, teman kerja</li> <li>● Kehilangan pekerjaan, kehilangan peran dalam keluarga dan komunitas</li> <li>● Harus bertanggung jawab untuk memperbaiki nama baik keluarga bahkan komunitasnya</li> <li>● Dikeluarkan dari komunitas, dikeluarkan dari sekolah atau universitas</li> <li>● Mendapat kekerasan seksual lagi sebagai bentuk hukuman atau intervensi kuratif terutama dalam kasus homoseksual</li> <li>● Dipaksa atau dibujuk untuk bungkam agar tidak melapor, dipaksa atau dibujuk untuk berdamai dengan pelaku</li> <li>● Diteror oleh pelaku, difitnah (fakta diputar balik untuk melemahkan korban)</li> <li>● Dibunuh ditekan untuk bunuh diri ditekan untuk minta ganti rugi kepada pelaku,</li> <li>● Dipaksa untuk aborsi atau sterilisasi</li> <li>● Dibatasi ruang geraknya, termasuk dihalangi mencari pertolongan karena dianggap akan menceritakan aib keluarga</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Dampak jangka pendek masih bisa terus terjadi</li> <li>● Masa depan suram karena putus sekolah atau kehilangan pekerjaan</li> <li>● Ketergantungan ekonomi, pengangguran</li> <li>● Kembali menjadi korban karena mendapatkan stigma negatif yang terus melekat karena sistem hukum dan adat, penegak hukum, konselor, pemuka agama, petugas kesehatan, pemuka adat dan komunitas, dll.</li> <li>● Rentan menjadi korban perdagangan orang; rentan untuk menjadi pekerja seks komersial</li> <li>● Terpaksa menjadi orangtua tunggal dengan anak yang tidak diinginkan korban, dipaksa menyerahkan anak untuk diserahkan pada orang lain/diadopsi</li> <li>● Bila kemudian menikah, korban direndahkan karena sudah dianggap ‘bekas’; tidak dianggap sebagai manusia yang seutuhnya, atau menjadi tunawisma.</li> </ul>

Dampak yang muncul pada setiap korban/penyintas kekerasan bervariasi tergantung pada karakteristik kejadian traumatis tersebut dan penghayatan korban sendiri, yang tergantung pada kepribadian, usia, gender, latar belakang korban (pola asuh, pengalaman traumatis sebelumnya, tingkat sosial ekonomi, budaya), serta ada/tidaknya dukungan dari keluarga atau sosial. Karena adanya dampak-dampak yang khas ini, maka proses pemulihan, penyelidikan, dan proses pengadilan harus mempertimbangkan reaksi-reaksi tersebut.

Korban laki-laki, baik dewasa maupun anak-anak, mungkin akan mengalami hambatan yang lebih besar untuk melaporkan kejadian kekerasan yang dialami karena norma sosial dalam budaya patriarki menempatkan laki-laki sebagai makhluk yang kuat dan tangguh. Melaporkan kejadian kekerasan, terutama kekerasan seksual yang dialami, akan dianggap sebagai aib karena korban dianggap tidak cukup tangguh melawan pelaku dan bisa jadi kurang dipercaya oleh petugas karena adanya anggapan sosial tadi. Hal ini akan semakin membuat korban menjadi lebih sulit untuk mendapatkan pemulihan yang tepat yang memang menjadi haknya.

### **Langkah-langkah yang dilakukan pada saat tanggap darurat krisis kesehatan:**

#### **1. Subklaster kesehatan reproduksi berkoordinasi dengan subklaster pencegahan dan penanganan kekerasan berbasis gender dan perlindungan perempuan dan koordinator klaster kesehatan untuk menyampaikan kebutuhan dan rekomendasi kepada klaster perlindungan dan pengungsian terkait upaya dalam mencegah kekerasan seksual.**

Penanggung jawab komponen kekerasan berbasis gender memberikan rekomendasi tentang upaya-upaya pencegahan kekerasan seksual di situasi krisis kesehatan:

- Menempatkan satu keluarga berada dalam tempat/tenda yang sama atau menyediakan tenda keluarga yang tidak berkampur dengan keluarga yang lain.
- Menempatkan perempuan yang menjadi kepala keluarga dan anak dan lansia dengan ketergantungan berat dan total yang terpisah dari keluarga pada satu tempat yang sama berada dekat dengan pos kesehatan, agar memudahkan petugas dalam memberikan perlindungan dan melakukan pemantauan. Apabila tidak memungkinkan pengungsian ditempatkan pada satu tenda yang sama dapat diberikan sekat.
- Menempatkan fasilitas Mandi cuci kakus (MCK) pada tempat yang tidak terlalu jauh dari lokasi pemukiman/tenda dan dekat dengan pos keamanan.

Diupayakan agar:

1. MCK harus terpisah antara laki-laki dan perempuan, tidak berdekatan

2. Akses menuju MCK mempunyai penerangan yang cukup,
3. Terdapat penerangan yang cukup di MCK
4. Pintu MCK dapat di kunci dari dalam.
5. Jumlah MCK perempuan lebih banyak dari MCK laki-laki karena perempuan memerlukan waktu yang lebih lama dibandingkan laki-laki sehingga tidak terjadi antrian yang panjang
6. Toilet harus ramah bagi kelompok rentan seperti penyandang disabilitas dan lanjut usia.

☑ Hal yang perlu diperhatikan antara lain: berada di tempat yang mudah dijangkau, memiliki ruang yang cukup untuk masuk dan keluarnya pengguna kursi roda, di dinding di samping jamban ada pegangan (*grab bar/ handrail*), ketinggian tempat duduk kloset 40-45 cm, penggunaan material yang tidak licin, pintu masuk yang tidak terlalu tinggi, gagang pintu berbentuk pegangan (*door handles*) bukan kenop (*knobs*) dan, ada penanda : "toilet khusus penyandang disabilitas dan lansia".

☑ Lansia yang dengan ketergantungan harus dengan pendamping saat ke toilet,

- Memastikan akses yang aman pada perempuan dan anak saat memenuhi kebutuhan domestik (misalnya mengambil kayu bakar, air bersih, dsb).
- Melakukan koordinasi dengan penanggung jawab keamanan untuk menerapkan sistem ronda dalam mencegah terjadinya kekerasan seksual pada anak dan perempuan.
- Meningkatkan edukasi bagi perempuan dan anak tentang pencegahan kekerasan seksual khususnya di situasi krisis kesehatan.

## **2. Memastikan tersedianya pelayanan medis dan dukungan psikologis awal ada di organisasi/ lembaga yang terlibat dalam respon bencana serta memastikan adanya mekanisme rujukan, perlindungan dan hukum yang terkoordinasi untuk penyintas.**

- Prinsip-prinsip dalam pemberian pelayanan penyintas kekerasan seksual:
  1. Memastikan KESELAMATAN penyintas
  2. Memberikan jaminan KERAHASIAAN
  3. MENGHARGAI keinginannya, haknya dan martabatnya sebagai penyintas
  4. Memastikan layanan TIDAK DISKRIMINATIF
  5. Untuk KEPENTINGAN TERBAIK ANAK

- Tersedianya tempat pelayanan yang menjamin privasi dan kerahasiaan penyintas perkosaan
- Memastikan SOP yang jelas serta peralatan dan logistik yang memadai
- Upaya minimal yang dilaksanakan pada penanganan kekerasan seksual, dapat melibatkan lintas sektor sebagai berikut:
  - a. Kesehatan adalah Kementerian Kesehatan,
  - b. Psikososial adalah Kementerian Sosial,
  - c. Keselamatan/keamanan adalah Kepolisian
  - d. Hukum/keadilan oleh Kementerian Hukum dan HAM.
- Memastikan tenaga kesehatan melakukan kegiatan pelayanan kekerasan seksual di tempat pengungsian, dengan melakukan observasi sebagai berikut:

**Tabel 14: Daftar Tilik Pelayanan Klinis Penyintas Kekerasan Seksual**

No	Daftar tilik pelayanan kekerasan seksual	Ya	Tidak
1	Memberikan konseling dan dukungan kepada penyintas		
2	Melakukan anamnesa dan pemeriksaan fisik		
3	Mencatat dan mengumpulkan bukti-bukti forensik		
4	Menjaga kerahasiaan		
5	Memastikan tersedianya obat-obatan yang diberikan pada penyintas <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kontrasepsi darurat</li> <li>2. Pencegahan IMS</li> <li>3. Profilaksis pascapajanan untuk mencegah penularan HIV</li> </ol>		
6	Melakukan dukungan psikologis awal ( <i>Psychological First Aid</i> )		
7	Merujuk untuk pelayanan lebih lanjut, misalnya kesehatan, psikologis dan sosial		

- Memastikan pelayanan *psychological first aid* (PFA) atau dukungan psikologis awal, untuk mengurangi serta mencegah munculnya dampak yang lebih buruk terkait masalah kesehatan jiwa dan psikososial. Selain itu tenaga kesehatan juga diharapkan mampu membuat rencana tindak lanjut dari penanganan awal ini, seperti melakukan identifikasi dini, melakukan rujukan apabila diperlukan.
- Memastikan apabila penyintas perlu dirujuk untuk mendapatkan pelayanan lebih lanjut, koordinator memastikan ketersediaan layanan di fasyankes yang dituju serta memfasilitasi proses rujukan tersebut (tersedianya jalur rujukan yang jelas/*referral pathway*).

### 3. **Melibatkan perempuan di pengungsian dan lembaga/organisasi yang bergerak di bidang pemberdayaan perempuan dalam pencegahan dan penanganan kekerasan seksual.**

Perempuan harus dilibatkan dalam setiap upaya perencanaan dan penanganan krisis kesehatan pada setiap bidang terutama yang terkait dengan kebutuhan dasar mereka seperti

- a. Air dan sanitasi: perempuan kerap mengerjakan pekerjaan domestik dan seringkali pemenuhan kebutuhan air bersih menjadi tugas perempuan. Oleh karena itu perempuan harus dilibatkan dalam perencanaan pengadaan air dan sanitasi yang mudah dijangkau dan aman bagi kesehatan dan keselamatan perempuan.
- b. Manajemen kamp/barak/tenda  
Pada saat pembentukan manajemen kamp/barak/tenda harus ada perwakilan perempuan agar mereka bisa menyampaikan pendapat dan kebutuhan perempuan terkait tempat pengungsian seperti perlunya diberikan tempat berganti pakaian, tempat untuk menyusui, dan kebutuhan khusus perempuan lainnya.
- c. Kelompok masyarakat  
Perempuan dilibatkan dan menjadi bagian dari kelompok yang aktif untuk pengambilan keputusan di dalam masyarakat. Membuka kesempatan untuk menjadi tokoh masyarakat, tidak hanya menjadi objek dari keputusan yang telah diputuskan.
- d. Kesehatan: perempuan dapat berperan aktif memantau kesehatan masyarakat. Dimulai dari kesehatan ibu dan anak, gizi, lingkungan, pelayanan terhadap kelompok rentan, dll.
- e. Layanan masyarakat: perempuan terlibat aktif dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat. Penting agar perempuan menjadi subyek tidak hanya sebagai objek. Perempuan dapat berperan aktif dalam pengelolaan manajemen pengungsian, pengaturan dapur dan lain sebagainya.
- f. Penempatan polisi atau petugas keamanan perempuan di tempat pengungsian untuk memastikan perlindungan/keamanan berlangsung 24 jam/7 hari.

Mengetahui dan melibatkan multisektor terkait dalam upaya pencegahan dan penanganan kekerasan seksual, seperti:

- Pemerintah (Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, Kementerian Kesehatan, Kementerian Sosial, Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia, kepolisian)
- Organisasi/lembaga yang berfokus di permasalahan perempuan, lembaga swadaya masyarakat dan Komnas Perempuan

- Anggota masyarakat atau kelompok-kelompok yang sudah terbentuk dalam masyarakat, tokoh-tokoh masyarakat, misalnya pemimpin agama, kepala desa
- Pelibatan kelompok laki-laki, baik dewasa, remaja dan anak-anak untuk mencegah dan menangani kekerasan seksual dan Kekerasan Berbasis Gender.
- Para penegak hukum (kepolisian, pendamping hukum, jaksa dan hakim).

#### 4. Menginformasikan adanya pelayanan bagi penyintas perkosaan dengan nomor telepon yang bisa dihubungi 24 jam. Informasi dapat diberikan melalui media yang bermanfaat: poster, spanduk, dll

Penanggung jawab komponen kekerasan berbasis gender harus memastikan tersedianya Informasi adanya pelayanan bagi penyintas perkosaan. Informasi bisa diberikan/ditempel di toilet atau di tempat pengungsian. Informasi yang dimaksud dapat berupa poster/spanduk yang dengan no kontak yang bisa dihubungi seperti contoh di bawah ini:



#### 5. Memastikan adanya petugas kompeten untuk penanganan kasus kekerasan seksual .

Sebelum memberikan layanan bagi penyintas, penting untuk disiapkan hal-hal berikut ini

- Memastikan kerahasiaan: seluruh staf menandatangani "code of conduct"/kode etik dan aturan pegawai dan safer access/ panduan keselamatan dan Code of Conduct Perlindungan dari Eksploitasi dan Penyalahgunaan Seksual/PSEA (Prevention of Sexual Exploitation and Abuse).
- Pastikan petugas kesehatan dilatih dalam memberikan perawatan pascaperkosaan.
- Petugas terlatih dengan jenis kelamin/bahasa yang sama, 1 orang pendamping.
- Apabila pemeriksa bukan dari jenis kelamin yang sama dengan penyintas, pastikan bahwa ada pendamping terlatih yang berjenis kelamin sama dengan penyintas.

- e. Memastikan staf terlatih dan memiliki informasi yang benar.
- f. Kondisikan penyintas memiliki kepercayaan kepada satu orang di dalam ruangan tersebut.
- g. Hindari terlalu banyak orang di dalam ruangan.
- h. Ruangan khusus, dengan semua peralatan siap, sehingga tidak harus keluar masuk untuk mencari alat.
- i. Ruangan sebaiknya memiliki akses yang mudah ke kamar mandi dan air mengalir.

**6. Memastikan dan berkoordinasi untuk penyediaan fasilitas pemenuhan kebutuhan seksual bagi pasangan suami istri yang sah, sesuai dengan budaya setempat atau kearifan lokal.**

Pada situasi krisis kesehatan, masyarakat mungkin tinggal di pengungsian dalam waktu yang lama di dalam tenda terdiri dari satu keluarga atau lebih. Pada kondisi ini sulit untuk memenuhi kebutuhan biologis pasangan suami istri, sehingga dibutuhkan fasilitas khusus untuk mengakomodir kebutuhan tersebut. Pada langkah ini penanggung jawab kekerasan berbasis gender:

- Berkoordinasi dengan tokoh masyarakat dan pengungsi setempat baik dengan kelompok perempuan dan laki-laki untuk mendiskusikan fasilitas apa yang dibutuhkan termasuk pengaturannya.
- Berkoordinasi dengan klaster perlindungan dan pengungsian untuk mekanisme penyediaan fasilitas ini.

**5. Penanganan Tindakan Kekerasan Seksual dan Merespon Kebutuhan Penyintas pada Situasi Krisis Kesehatan**

Penanganan pada kasus kekerasan seksual, terutama PERKOSAAN, menjadi fokus utama karena:

- a. Kekerasan seksual dapat segera mengancam nyawa seseorang
- b. Kekerasan seksual dapat menimbulkan dampak yang serius dan seumur hidup
- c. Penanganan yang tepat pada kasus kekerasan seksual dapat mencegah terjadinya kekerasan berulang dan kekerasan lainnya
- d. Penanganan yang segera dan tepat dapat mencegah berkembangnya dampak yang lebih parah.

Prinsip dalam merespon kekerasan seksual adalah:

**a. Keselamatan**

Memastikan keselamatan fisik dan psikis dari korban/penyintas kekerasan seksual. Perlindungan terhadap korban kekerasan harus dilakukan secara



langsung yang memberi jaminan secara fisik bagi korban/penyintas. Semua tindakan harus ditujukan untuk menolong penyintas dan menghargai keinginannya. Identitas penyintas dan semua informasi harus dijaga kerahasiaannya. Para petugas kesehatan harus memberikan keleluasaan pribadi pada penyintas, menghindari penyintas dari tekanan-tekanan dan kesendirian serta mendapatkan persetujuan tindakan dari penyintas. Jika insiden baru saja terjadi, pelayanan medis mungkin diperlukan. Korban harus ditemani/diantar ke fasilitas kesehatan yang tepat. Jika korban menghendaki, dapat menghubungi polisi.

#### **b. Kerahasiaan**

1. Informasi hanya bisa diberikan pada orang lain yang relevan dengan penanganan kekerasan yang dialami korban/penyintas harus dengan persetujuan korban/penyintas atau dalam kondisi darurat untuk menyelamatkan nyawa.
2. Menggunakan inisial atau “tanpa nama” dari korban dan orang lain yang terlibat dalam kejadian.
3. Menjaga semua informasi tertulis agar aman.

#### **c. Menghormati**

1. Menghormati harapan, hak dan martabat korban/penyintas.
2. Melakukan anamnesa pada tempat yang khusus (privat dan aman).
3. Menjadi pendengar yang baik, tidak menghakimi, dan berempati.
4. Bersabar, jangan menekan untuk mendapatkan informasi jika korban/penyintas tidak siap.
5. Menanyakan pertanyaan yang relevan.
6. Hindari meminta korban untuk mengulang cerita pada wawancara/anamnesa.
7. Meyakinkan bahwa kekerasan yang terjadi bukan karena kesalahannya.

#### **d. Non Diskriminasi**

- Menyediakan akses pada pelayanan bagi perempuan, laki-laki, remaja dan kelompok minoritas tanpa membeda-bedakan.
- Memastikan pewawancara, penerjemah, dokter, petugas polisi, petugas proteksi, pekerja sosial masyarakat dan lainnya memiliki jenis kelamin sama dengan korban/penyintas.

### e. Untuk kepentingan terbaik anak

Prinsip penanganan korban/penyintas kekerasan seksual

- a. Memastikan pelayanan medis sesuai standar terhadap penyintas kekerasan seksual, termasuk pilihan kontrasepsi darurat, penanganan pencegahan Infeksi Menular Seksual (IMS), pencegahan pascapajanan untuk mencegah penularan HIV, dan vaksinasi tetanus serta hepatitis B dan perawatan luka sesuai kondisi dan kebutuhan penyintas.
- b. Menjamin privasi dan kerahasiaan penyintas.
- c. Memastikan keberadaan petugas kesehatan atau pendamping dengan gender yang sama dan bahasa yang sama, dan apabila penyintas menginginkannya, sahabat atau anggota keluarga yang hadir untuk setiap pemeriksaan medis yang harus dijalaninya.
- d. Memastikan keamanan fisik bagi penyintas segera setelah terjadinya insiden kekerasan seksual.
- e. Memastikan masyarakat terdampak bencana, termasuk pengungsi mendapat informasi mengenai adanya layanan kekerasan seksual bagi penyintas beserta lokasi dan cara mengaksesnya.
- f. Memastikan ketersediaan dukungan psikososial yang tepat dan sesuai dengan budaya setempat.
- g. Memastikan lokasi kejadian kekerasan seksual sudah teridentifikasi dan terdokumentasi serta langkah pencegahan yang harus dilakukan sudah ditetapkan.

## 6. Dugaan Kekerasan Seksual dan Tanda-Tanda Klinis

Peran tenaga kesehatan dalam hal ini bidan sangat penting dalam memberikan layanan kesehatan bagi penyintas kekerasan seksual. Namun tidak semua penyintas mendatangi pelayanan kesehatan dengan menyampaikan keluhan adanya kekerasan seksual secara terbuka, karena berbagai penyebab seperti rasa malu, aib, takut tidak dipercaya, atau diancam oleh pelaku.

Kasus kekerasan seksual merupakan fenomena gunung es, yang artinya kasus yang dilaporkan hanya sedikit dan hanyalah jumlah di permukaan saja. Sesungguhnya jumlah kasus kekerasan seksual lebih banyak terjadi namun tidak dilaporkan. Oleh karena itu, sangat penting bagi tenaga kesehatan untuk memeriksa dengan lebih peka adanya dugaan kekerasan seksual pada pasiennya, bila ditemui tanda-tanda klinis berikut:

1. Pasien datang karena masalah kesehatan yang berkepanjangan (stres, cemas, depresi, kecanduan alkohol atau obat-obatan lainnya).
2. Pasien memiliki riwayat memiliki rencana atau tindakan melukai diri sendiri atau percobaan bunuh diri.
3. Pasien cedera berulang namun tidak bisa menjelaskan dengan baik penyebab dari cedera yang dialaminya.
4. Pasien menderita infeksi menular seksual yang berulang.
5. Pasien menceritakan kehamilannya yang tidak diinginkan.
6. Pasien mengalami nyeri kronis dan kondisi yang tidak dapat dijelaskan.
7. Pasien seringkali datang untuk berkonsultasi kesehatan dengan diagnosa yang kurang/tidak jelas.
8. Pasangan atau suami pasien mengganggu atau tidak kooperatif selama konsultasi.
9. Pasien sering melewati atau tidak datang pada saat ada janji konsultasi.
10. Pada pasien anak, anak mengalami masalah emosional dan perilaku.

## **VII. PERAN BIDAN DALAM PENCEGAHAN DAN PENANGANAN KEKERASAN SEKSUAL PADA KRISIS KESEHATAN:**

Peran bidan saat menemukan kasus:

1. Lindungi keselamatan korban, informasikan untuk penyelamatan barang bukti yang masih ada
2. Koordinasi dengan subklaster pencegahan dan penanganan kekerasan berbasis gender dan perlindungan perempuan untuk pendampingan dan rujukan
3. Rujuk ke fasyankes yang lebih tinggi bila ada komplikasi yang memerlukan penanganan segera

### Catatan:

Pada situasi bencana peran tenaga kesehatan sangat dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kesehatan di daerah terdampak, untuk itu peran dari subklaster Kekerasan berbasis gender dan perlindungan perempuan, terutama Pusat Pelayanan Terpadu Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (P2TP2A), Unit Pelaksana Teknis Daerah Perlindungan Perempuan dan Anak (UPTD PPA) dan Dinas Sosial sangat penting terkait pendampingan, rujukan dan koordinasi penanganan kasus.

### Peran Bidan

1. Mengidentifikasi kasus kekerasan
2. Mendeteksi awal adanya kasus kekerasan seksual
3. Melakukan penilaian kekerasan dalam konteks kesehatan
4. Menyediakan pengobatan untuk luka-luka yang dialami pasien/klien
5. Memberikan konseling kepada korban/penyintas
6. Melakukan dokumentasi terhadap temuan-temuan dan rujukan
7. Mendokumentasikan luka-luka yang dialami korban/penyintas
8. Merujuk korban/penyintas ke pelayanan yang diperlukan

### Kemampuan yang perlu dimiliki bidan

1. Memahami masalah kekerasan dan ketidakberdayaan korban/penyintas.
2. Memberikan penyuluhan dan meyakinkan perempuan bahwa berbagai bentuk penyalahgunaan atau kekerasan terhadap pasangan tidak dapat diterima (oleh sebab itu, tidak ada perempuan yang pantas untuk dipukul, dipaksa dalam berhubungan seksual/didera secara emosional)
3. Melakukan anamnesis/bertanya kepada korban/penyintas tentang kekerasan yang dialami (dengan cara simpatik sehingga korban/penyintas merasa mendapat pertolongan)
4. Memberikan rasa empati dan dukungan
5. Memberikan pelayanan medis, konseling, visum dan sesuai dengan kebutuhan merujuk ke fasilitas yang lebih memadai .

### Tata Laksana Klinis Korban Kekerasan Seksual pada Situasi Krisis Kesehatan

Panduan tata laksana klinis kasus kekerasan seksual dalam situasi krisis kesehatan ini dimaksudkan sebagai pedoman yang dapat membantu tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kepada penyintas kekerasan seksual melalui **upaya maksimal dalam situasi dan dengan fasilitas yang serba terbatas/minim**. Tujuan utama dalam tata laksana klinis ini adalah untuk menyelamatkan jiwa dan mengurangi dampak yang lebih berisiko serta merujuk pada pelayanan lain yang dibutuhkan. Disamping itu, upaya-upaya untuk pencegahan terjadinya kekerasan seksual dengan berbagai bentuknya tetap dilakukan secara lintas sektoral dan multi organisasi.

Tenaga kesehatan, termasuk bidan, harus mampu mendeteksi kasus kekerasan seksual dalam menetapkan status klinis penyintas untuk melakukan tindakan medik terhadap jenis kekerasan fisik, seksual dan mental sesuai dengan kompetensi yang dimiliki, menyusun rencana tindak lanjut termasuk pemeriksaan penunjang yang mengacu pada *standard operating procedure* (SOP) yang ada.

Panduan tata laksana klinis kasus kekerasan seksual pada situasi krisis kesehatan ini menjelaskan **praktik terbaik** dalam tata laksana klinis penyintas kekerasan seksual dalam situasi krisis kesehatan, misalnya ketika terjadi bencana dan konflik, yang menjelaskan secara rinci tentang penanganan klinis (medis dan psikososial) penyintas kekerasan seksual yang terjadi pada **perempuan dan laki-laki, baik dewasa maupun anak-anak**.

Kebutuhan penyintas/korban kekerasan seksual dan respon awal dalam situasi bencana, meliputi 4 kebutuhan:

1. Kebutuhan segera untuk penanganan dukungan emosional dan kesehatan psikologis
2. Kebutuhan segera untuk penanganan kesehatan fisik dan reproduksi
3. Kebutuhan yang berkelanjutan untuk pemenuhan akan rasa aman
4. Kebutuhan yang berkelanjutan untuk dukungan dan kesehatan mental dan perawatan fisik yang masih memerlukan penanganan berkelanjutan.

Tenaga kesehatan memiliki peran yang sangat penting untuk dapat membantu penyintas kekerasan seksual melalui:

1. Memiliki kesadaran mengenai kekerasan seksual
2. Memberikan dukungan awal pada penyintas kekerasan seksual
3. Memberikan penanganan klinis pada penyintas kekerasan seksual
4. Memberikan dukungan kesehatan mental

### **Persiapan Implementasi Panduan Tata Laksana Klinis Kekerasan Seksual Dalam Situasi Krisis Kesehatan**

Ketika bencana terjadi, aktifkan klaster kesehatan termasuk subklaster kesehatan reproduksi yang didalamnya sudah terbentuk tim penanggung jawab komponen Kekerasan Berbasis Gender yang telah disepakati.

Komponen tim tersebut segera melakukan langkah-langkah berikut:

1. Identifikasi dan membentuk tim yang terdiri dari tenaga profesional kesehatan dan anggota masyarakat yang perlu terlibat dalam penanganan penyintas kekerasan seksual.
2. Adakan pertemuan dengan tenaga kesehatan dan anggota masyarakat untuk melakukan koordinasi.
3. Identifikasi dan buatlah jaringan untuk sistem rujukan dengan berbagai sektor yang terlibat dalam penanganan kekerasan seksual (komunitas, kesehatan, keamanan, pemulihan, hukum dan perlindungan).
4. Identifikasi sumber daya yang tersedia (obat-obatan, fasilitas laboratorium), dan hukum dan aturan yang relevan, kebijakan dan prosedur hukum, undang-

- undang yang berkaitan dengan aborsi, dll).
5. Buatlah prosedur/alur pelayanan kesehatan sesuai situasi darurat dengan menggunakan panduan ini sebagai referensi.
  6. Lakukan penguatan kapasitas bagi penyedia layanan terkait prosedur dan pedoman ini, termasuk pendokumentasian hasil pemeriksaan untuk keperluan proses hukum.

## Langkah-Langkah Tata Laksana Klinis Kasus Kekerasan Seksual

### 1. Persiapan Pelayanan

- a. Lakukan persiapan untuk memberikan pelayanan kepada penyintas kekerasan seksual; termasuk: latih tenaga kesehatan tentang tata laksana klinis kekerasan seksual .
- b. Siapkan pengadaan minimum peralatan dan obat-obatan yang diperlukan.
- c. Sosialisasi pelayanan kekerasan seksual kepada masyarakat termasuk alur penanganan kepada sektor lainnya.
- d. Siapkan pelayanan agar tersedia selama 24 jam dan 7 hari selama seminggu.

### 2. Persiapan Pemeriksaan Penyintas

- a. Berikan informasi kepada penyintas tentang layanan kekerasan seksual dan proses pemeriksaan yang akan dilakukan
- b. Tenangkan penyintas, lakukan LIVES (*LISTEN, INQUIRE, VALIDATE, ENHANCE SAFETY, SUPPORT*)
- c. Dapatkan persetujuan penyintas atau wali (gunakan formulir 01 *informed consent*)
- d. Lakukan pemeriksaan sesegera mungkin.

### 3. Pencatatan Kejadian dan Riwayat Kesehatan

- a. Lakukan allo anamnesa dan auto anamnesa
- b. Lakukan pencatatan terkait: data diri penyintas, deskripsi kejadian kekerasan seksual, riwayat kesehatan, termasuk kemungkinan kehamilan (*gunakan 6 pertanyaan asesmen kehamilan*).
- c. Gunakan formulir 02 rekam medis dan pictogram.

### 4. Pengumpulan Bukti Forensik

- a. Kumpulkan bukti-bukti forensik sesegera mungkin setelah kejadian
- b. Dokumentasikan bukti dengan lengkap
- c. Catat di formulir rekam medis
- d. Berikan resume rekam medis pada penyintas yang sudah ditandatangani oleh tenaga kesehatan pemeriksa
- e. Simpan barang-barang bukti dengan baik di tempat terkunci.

## 5. Pemeriksaan Fisik dan Kelamin

- a. Lakukan pemeriksaan fisik dan kelamin dengan seksama dan sistematis
- b. Lakukan tata laksana pemeriksaan sesuai waktu kedatangan penyintas (sebelum 72 jam dan sesudah 72 jam)
- c. Berikan perawatan dan pengobatan medis sesuai hasil pemeriksaan (lihat tabel pengobatan).

## 6. Pengobatan

- a. Perhatikan hal berikut bila memberikan pengobatan: penyintas datang sebelum atau sesudah 72 jam setelah kejadian, apa yang dialami oleh penyintas/asesmen risiko, penyintas sedang hamil atau tidak.
- b. Lakukan perawatan luka
- c. Lakukan pencegahan kehamilan
- d. Lakukan pencegahan dan pengobatan IMS
- e. Lakukan pencegahan dan pengobatan HIV/AIDS
- f. Berikan dukungan psikososial dan layanan kesehatan mental.

## 7. Pemberian Informasi, Dukungan Psikologis dan Kesehatan Jiwa

- a. Berikan psikoedukasi tentang kekerasan seksual
- b. Berikan psikoedukasi tentang reaksi-reaksi psikologis dan emosional yang normal pasca kekerasan seksual
- c. Berikan dukungan psikologis awal
- d. Lakukan konseling tentang pencegahan kehamilan ataupun kelanjutan kehamilan akibat perkosaan
- e. Lakukan konseling tentang tes sukarela untuk IMS dan HIV/AIDS
- f. Lakukan konseling yang peka pada penyintas anak
- g. Lakukan konseling yang peka pada penyintas laki-laki
- h. Lakukan konseling untuk penyintas yang berisiko membahayakan dirinya sendiri
- i. Berikan informasi mengenai rujukan ke pelayanan psikososial dan kesehatan mental yang lebih komprehensif, maupun ke layanan lainnya
- j. Berikan informasi mengenai pentingnya perawatan lanjutan dan kapan waktu untuk melakukan pemeriksaan lanjutan.

## 8. Perawatan Lanjutan

- Lakukan perawatan lanjutan sesuai dengan waktu penanganan awal (sebelum 72 jam dan sesudah 72 jam)
- Untuk penyintas yang mendapatkan profilaksis pascapajanan, waktu perawatan selanjutnya adalah: 1 minggu, 6 minggu, dan kemudian 3 bulan.
- Untuk penyintas yang tidak mendapatkan profilaksis pascapajanan, waktu perawatan selanjutnya adalah: 2 minggu dan kemudian 3 bulan.
- Lakukan rujukan untuk pemenuhan kebutuhan lain dari penyintas, seperti pemulihan psikososial jangka panjang, perlindungan, dan hukum. *Gunakan formulir 03 untuk membuat rujukan.*

## Kemampuan yang Diperlukan dalam Tata laksana Klinis Kekerasan Seksual

<b>L</b>	<b>LISTEN (DENGAR)</b>	Dengarkan dengan empati tanpa menyalahkan, menghakimi ataupun mempertanyakan
<b>I</b>	<b>INQUIRE (TANYAKAN)</b>	Lakukan asesmen dan berikan respon pada kebutuhan segera dan pahami kekhawatiran penyintas (emosional, fisik, sosial dan praktis)
<b>V</b>	<b>VALIDATE (VALIDASI)</b>	Tunjukkan bahwa Anda paham dan percaya pada penyintas/korban. Yakinkan penyintas/korban bahwa ia tidak dipersalahkan dan telah melakukan tindakan yang tepat untuk meminta pertolongan.
<b>E</b>	<b>ENHANCE SAFETY (KEAMANAN)</b>	Rencanakan bersama tindakan keselamatan untuk melindungi penyintas/korban dari kemungkinan terulangnya lagi kekerasan seksual
<b>S</b>	<b>SUPPORT (DUKUNGAN)</b>	Berikan dukungan kepada penyintas/korban melalui pemberian informasi, layanan dan rujukan.

## Hak-Hak Penyintas

Secara prinsip penyintas/korban kekerasan seksual memiliki empat hak yang saling berkaitan, yaitu:

- Hak atas Kebenaran:** pengakuan bahwa peristiwa kekerasan itu benar terjadi.
- Hak atas Keadilan:** dapat dicapai melalui proses hukum dan diperoleh juga melalui pengakuan masyarakat/anggota masyarakat bahwa hal itu memang terjadi dan tidak boleh terulang lagi.
- Hak atas Perlindungan:** penyintas kekerasan seksual harus dilindungi dari ancaman dan rasa takut, terutama yang menyangkut integritas dirinya, agar penyintas dapat menyuarakan kebenaran tanpa intimidasi pihak manapun.
- Hak akan Pemulihan:** Korban kekerasan seksual mutlak mendapatkan pemulihan, petugas layanan harus dapat mengidentifikasi kebutuhan dan merujuk ke lembaga yang tepat. Pemulihan harus dilakukan secara terintegrasi dari tingkat individu, keluarga dan lingkungan komunitas serta masyarakat umum.



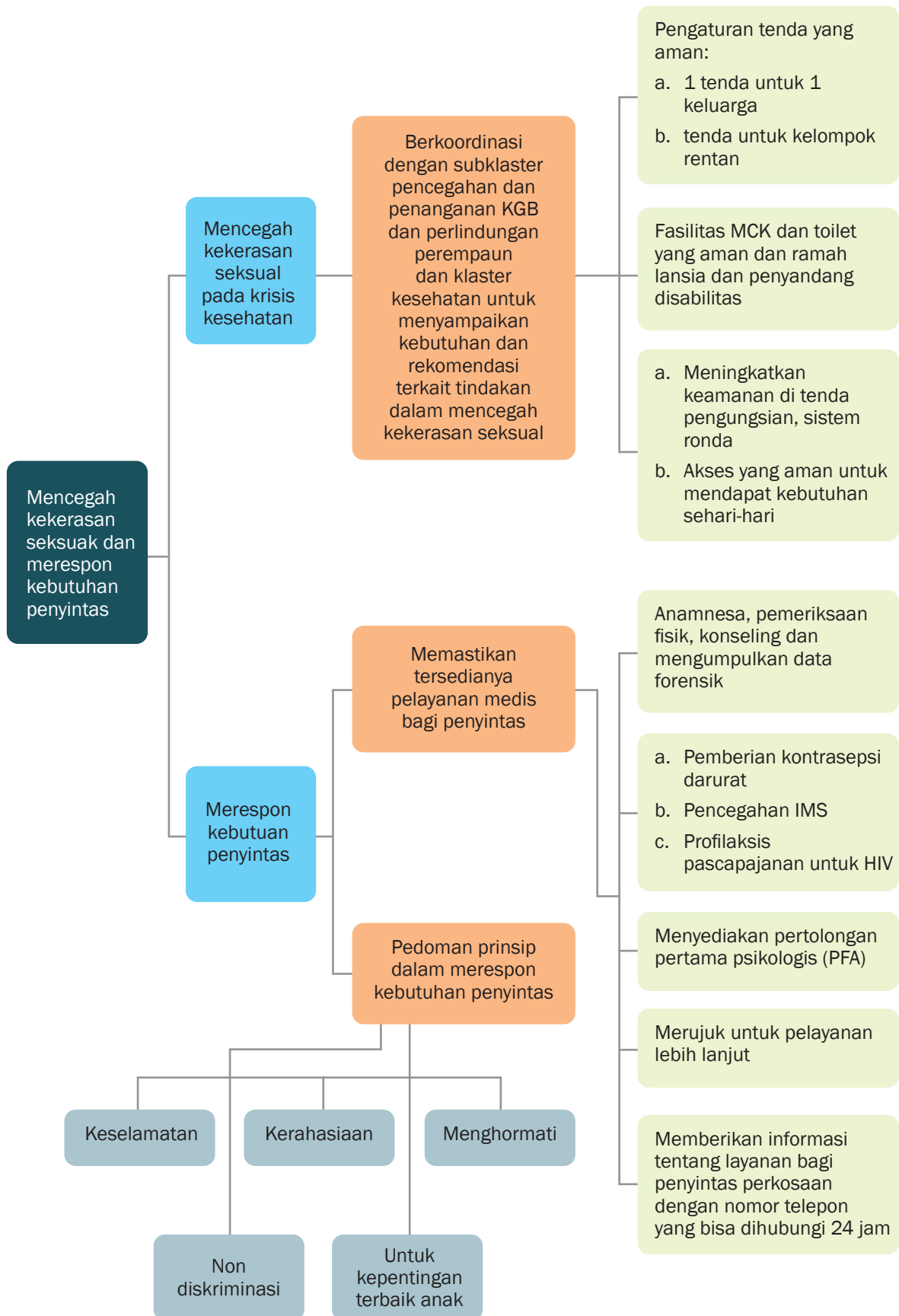
## VIII. PERBEDAAN LANGKAH-LANGKAH YANG DILAKUKAN UNTUK MENCEGAH KE KERASAAN SEKSUAL DAN MERESPON KEBUTUHAN PENYINTAS DALAM PPAM DAN KESEHATAN REPRODUKSI KOMPREHENSIF

Mencegah kekerasan seksual dan merespon kebutuhan penyintas (PPAM)	Mencegah kekerasan seksual dan merespon kebutuhan penyintas (Kesehatan reproduksi komprehensif)
<ol style="list-style-type: none"> <li>Melakukan upaya mencegah terjadinya kekerasan seksual di tingkat masyarakat, di pengungsian, di tingkat kabupaten untuk melindungi masyarakat yang terkena dampak krisis kesehatan</li> <li>Memastikan tersedianya pelayanan klinis bagi penyintas kekerasan seksual</li> <li>Memastikan SOP dan jalur rujukan tersedia untuk penyintas kekerasan seksual ke pelayanan multisektor</li> <li>Memastikan tersedianya tempat yang aman dan memastikan kerahasiaan dalam memberikan pelayanan klinis dan rujukan bagi penyintas kekerasan seksual</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Memperluas pelayanan medis dengan dukungan psikologis, dukungan sosial dan bantuan hukum bagi penyintas kekerasan seksual</li> <li>Mencegah dan menangani bentuk lain dari kekerasan berbasis gender (KGB) selain kekerasan seksual</li> <li>Melakukan edukasi kepada masyarakat tentang pencegahan dan penanganan kekerasan berbasis gender</li> <li>Melibatkan laki-laki dan remaja laki-laki dalam pencegahan dan penanganan kekerasan berbasis gender</li> </ol>

## IX. INDIKATOR UNTUK MEMONITOR PENCAPAIAN

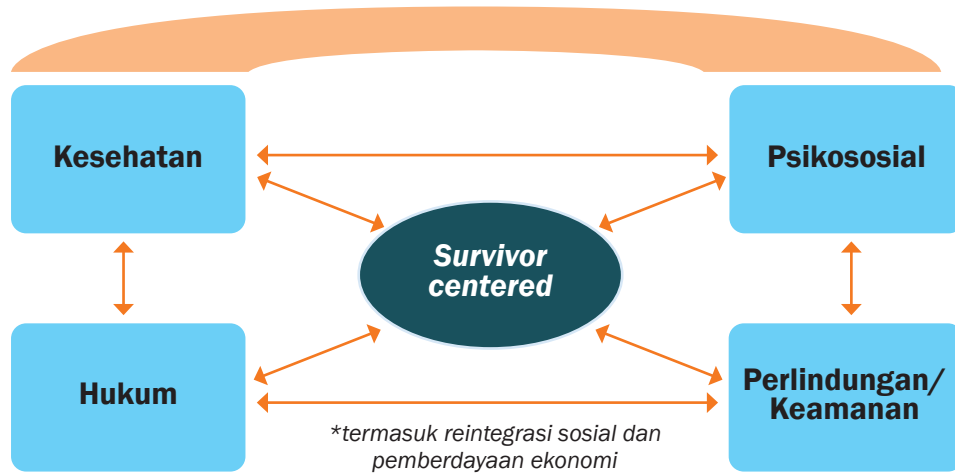
No.	Indikator	Ya	Tidak
1	Koordinasi dengan subklaster pencegahan dan penanganan kekerasan berbasis gender dan perlindungan perempuan dan koordinator klaster kesehatan untuk menyampaikan kebutuhan dan rekomendasi terkait tindakan dalam mencegah kekerasan seksual		
2	Tersedianya pelayanan medis dan dukungan psikologis awal, mekanisme rujukan, perlindungan, keamanan dan hukum bagi penyintas		
3	Perempuan dan lembaga/organisasi yang bergerak di bidang pemberdayaan perempuan terlibat dalam pencegahan dan penanganan kekerasan seksual		
4	Informasi tentang pelayanan bagi penyintas perkosaan tersedia dengan nomer telepon yang bisa dihubungi 24 jam		
5	Petugas yang kompeten untuk penanganan kasus kekerasan seksual tersedia		
6	Fasilitas untuk pemenuhan kebutuhan untuk melanjutkan kehidupan seksual yang sehat bagi pasangan suami istri yang sah, sesuai dengan budaya setempat atau kearifan lokal disediakan.		

## X. DIAGRAM ALUR (MIND MAPPING): MENCEGAH KEKERASAN SEKSUAL DAN MERESPON KEBUTUHAN PENYINTAS

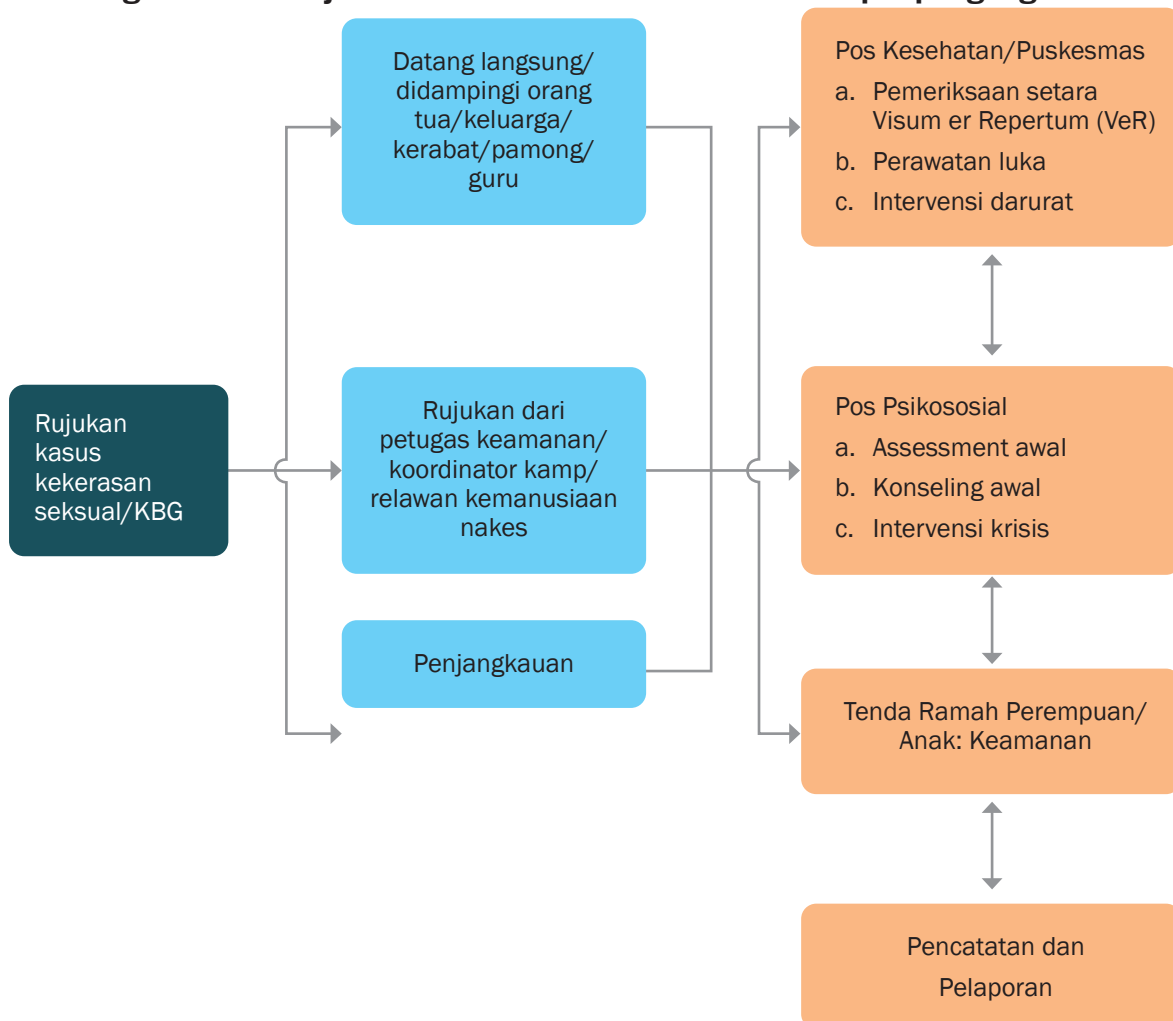


## Sistem Rujukan Multisektor Penanganan Kekerasan Seksual

### MODEL MultisektorAL



### Bagan: Sistem rujukan kasus kekerasan seksual di tempat pengungsian



## XI. RANGKUMAN

Kekerasan seksual merupakan pelanggaran hak asasi manusia (HAM). Diskriminasi dan ketidaksetaraan gender adalah akar masalah dari kekerasan berbasis gender. Pentingnya pedoman prinsip dalam penanganan medis korban perkosaan: keamanan, kerahasiaan, menghormati dan non-diskriminasi. Menyediakan layanan dalam 24 jam/7hari, layanan rahasia yang mencakup setidaknya: pencegahan kehamilan, IMS dan penularan HIV. Penting melakukan dokumentasi lengkap, rujukan untuk intervensi krisis lebih lanjut. Pencegahan dan penanganan dilakukan melalui pendekatan multisektoral dan pendekatan terkoordinasi untuk kekerasan seksual adalah penting untuk mencegah dan merespon konsekuensi dari kekerasan seksual sehingga harus diidentifikasi adanya jejaring. Bidan memiliki peranan yang penting dalam pencegahan dan penanganan kekerasan seksual pada situasi krisis kesehatan.

## XII. DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian Kesehatan, 2021, Pedoman Operasional Implementasi Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi pada Krisis Kesehatan
2. Kementerian Kesehatan, UNFPA, 2019, Panduan Tata Laksana Klinis Kasus Kekerasan Seksual dalam Situasi Krisis Kesehatan
3. Kantor Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (KPPA) - UNFPA, 2018, Panduan Teknis Perlindungan Hak Perempuan dan Anak dari Kekerasan Berbasis Gender Pada Situasi Bencana

## XIII. LAMPIRAN

1. Lampiran 1: Diskusi kelompok pentingnya sistem rujukan dalam penanganan kasus kekerasan seksual
2. Lampiran 2:  
Formulir 1: Formulir Persetujuan (*Informed Consent*)  
Formulir 2: Formulir Rekam Medis  
Formulir 3: Formulir Rujukan

### Lampiran 1

#### Diskusi kelompok: Pentingnya sistem rujukan dalam penanganan kasus kekerasan seksual

- a. Dosen menjelaskan bahwa latihan yang dilakukan adalah bermain peran dan menjelaskan bagaimana prosesnya
- b. Dosen menunjuk 13 mahasiswa dengan membagi kartu peran dan memberitahu bahwa mereka akan memainkan peran orang yang tertulis di kartu tersebut. Kartu peran diberikan tali atau perekat untuk dipasang ke masing-masing pemain peran.

Peran dalam latihan:

1. Korban (gadis A)
  2. Ibu
  3. Dukun bayi
  4. Tokoh masyarakat
  5. Bidan
  6. Dokter
  7. Pekerja layanan masyarakat
  8. Petugas layanan masyarakat UNHCR
  9. Polisi
  10. Jaksa
  11. Pengacara
  12. Pekerja sosial
  13. Petugas perlindungan UNHCR
- c. Minta mahasiswa untuk duduk dalam lingkaran, duduk berdekatan satu sama lain. Mahasiswa lain yang tidak ikut bermain peran diminta untuk duduk di luar lingkaran sehingga dapat dengan mudah mengamati kegiatan yang dilakukan.
- d. Dosen menunjukkan sebuah bola benang dan menjelaskan bahwa bola benang itu menggambarkan seorang gadis berusia 20 tahun yang telah diperkosa.
- e. Dosen berdiri di luar lingkaran, beri bola tsb pada ibu dan jelaskan kalau gadis itu sudah memberitahu ibu tentang kejadian itu.
- f. Instruksikan pada ibu untuk memegang ujung benang dengan kuat dan jangan sampai lepas dan lempar bola pada orang yang diberitahukan kepada ibu.
- g. Bacakan cerita di bawah ini tentang apa yang terjadi pada gadis ini. Jika peran tertentu disebut maka bola benang akan dilemparkan melewati lingkaran menuju ke peran yang disebut. Tiap pemain peran akan menerima menerima bola benang.
- h. Penerima bola benang akan menggulungnya pada jari dan kemudian melempar bola ke aktor berikutnya sesuai instruksi.

### **Cerita/skenario**

Seorang gadis A 20 tahun, telah diperkosa dan memberitahu ibunya

- Ibu membawa gadis tsb ke to tokoh masyarakat
- Tokoh masyarakat merujuk gadis tersebut ke dukun bayi
- Dukun bayi memberikan bantuan, tapi gadis tsb memerlukan penanganan kesehatan lebih lanjut dan dukun merujuknya ke bidan
- Bidan memanggil /berkonsultasi dengan dokter
- Dokter memberikan pengobatan dan mengirim kembali ke bidan

- Bidan merujuk gadis tersebut ke pekerja layanan masyarakat
  - Pekerja layanan masyarakat memberi dukungan emosional dan menghubungi petugas layanan masyarakat UNHCR untuk mendapatkan bantuan
  - Petugas layanan masyarakat UNHCR berbicara dengan gadis itu dan mengetahui bahwa gadis itu ingin melibatkan polisi dan merujuk gadis tsb ke petugas perlindungan UNHCR
  - Petugas perlindungan UNHCR merujuk gadis itu ke polisi
  - Polisi kontak dokter
  - Dokter kontak ibu
  - Ibu membawa gadis tsb ke petugas perlindungan UNHCR
  - Petugas perlindungan UNHCR merujuk ke pengacara
  - Pengacara kontak polisi
  - Polisi kontak jaksa
  - Jaksa memanggil dokter tentang korban untuk mendapat informasi tentang pemeriksaan medis. Dokter meminta untuk bertemu lagi dengan korban karena dia lupa untuk memeriksa sesuatu.
  - Dokter merujuk korban ke pekerja sosial
  - Pekerja sosial kemudian kontak polisi untuk memberi beberapa informasi baru
  - Polisi kontak petugas perlindungan UNHCR untuk melaporkan kejadian tsb
  - Petugas perlindungan kontak ibu untuk menanyakan beberapa pertanyaan
  - Ibu menanyakan pertanyaan tambahan ke gadis tsb
  - Korban pergi untuk berbicara dengan tokoh masyarakat karena dia bingung dengan semua proses
  - Tokoh masyarakat menemui jaksa dan hakim untuk mengetahui status dari kasus tsb
  - Mereka merujuk tokoh masyarakat ke polisi
  - Polisi merujuk tokoh masyarakat ke petugas perlindungan UNHCR.
- i. Hentikan permainan ketika semua peran sudah terlibat setidaknya dengan 2 pertukaran komunikasi berkaitan dengan kasus ini. Nantinya akan ada jaring merah yang besar di tengah-tengah lingkaran, dengan setiap aktor memegang bagian dari benang. Hentikan proses untuk melihat jaringan benang.
- j. Tanyakan beberapa pertanyaan untuk memulai diskusi:
- Apa yang anda lihat di tengah lingkaran?
  - Apakah semua itu membantu untuk korban? Traumatis?
  - Mungkinkah situasi ini terjadi pada kondisi anda?

- Apa yang mungkin bisa dilakukan untuk menghindari terbentuknya jaringan benang itu?
  - Pengamat: Berapa kali gadis itu harus mengulang ceritanya?
  - Pemain peran: berapa kali anda berbicara dengan korban atau dengan yang lainnya tentang gadis itu? Apakah kamu mengingat detailnya?
- k. Semua pemain peran melepas benang dan membiarkan benang tsb jatuh di lantai. Biarkan jaringan benang yang rumit itu terletak di lantai untuk dilihat oleh semuanya.

### Point Penting Diskusi

- Pada hampir semua situasi pengungsian, korban perkosaan harus berinteraksi dengan sangat banyak pihak atau orang yang seringkali tidak terlatih dan terkoordinasi dengan baik. Ini bisa jadi sangat menakutkan dan membingungkan korban dan akan menghalangi korban untuk melaporkan kejadian dan memberikan dampak negatif untuk korban. Sangat penting untuk membuat Standar Operasional Prosedur (SOP) yang jelas dan menunjuk seorang manajer kasus bagi korban, yang membantunya melewati semua proses.

### Lampiran 2

Formulir yang dapat digunakan ketika melakukan penanganan klinis pada penyintas kekerasan seksual

1. Formulir 1: Persetujuan Pemeriksaan (*Informed Consent*)
2. Formulir 2: Rekam Medis Kekerasan Seksual
3. Formulir 3: Surat Rujukan

## Formulir 1

### PERSETUJUAN PEMERIKSAAN (Informed Consent)

Dengan ini saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa para petugas telah menjelaskan kepada saya tentang tujuan, manfaat dan tata cara pemeriksaan dan saya telah memahami sepenuhnya.

Selanjutnya saya menyetujui/ tidak menyetujui\* dilakukannya pemeriksaan tersebut terhadap saya/terhadap anak/anak perwalian/ ...../saya untuk mencari adanya bukti-bukti kekerasan.

Tanda tangan saya/orangtua/wali

Jika diperlukan, untuk kepentingan peradilan, laporan hasil pemeriksaan dan bukti-bukti yang ditemukan akan diserahkan kepada pihak kepolisian atas permintaan resmi penyidik sebagai bagian dari pemeriksaan dalam bentuk visum et repertum. Saya menyadari sepenuhnya tentang hal ini dan saya **menyetujui/tidak menyetujui\*** dibuatnya visum et repertum tersebut. Dengan ini saya juga bersedia/tidak bersedia\* dilakukan pengambilan gambar/foto terhadap saya/anak/ anak perwalian/

..... Saya.

.....

Tanda tangan saya/orangtua/wali		Tanda tangan saksi	
Nama	.....	Nama	.....
No KTP	.....	No KTP	.....
Tanda tangan dokter pemeriksa			
Nama	.....		
*coret yang tidak perlu			



## Formulir 2

### REKAM MEDIS KEKERASAN SEKSUAL

Propinsi	
Kabupaten	
Kecamatan	
Puskesmas	
Terdaftar tanggal/jam	
Nomor terdaftar	
<b>IDENTITAS KORBAN</b>	
Nama	
Nama Ayah/Ibu	
Jenis Kelamin	
Umur	
Agama	
Alamat	
Desa	
Kabupaten/Kota	
Pendidikan	
Status Perkawinan	
Pekerjaan	
Cara Penemuan	
Diantar Orangtua/ Keluarga	
Datang Sendiri	
Diantar Guru/Kader/ Teman	
Diantar Petugas Keamanan/Polsek	
Lain-lain	
Keterangan	
Riwayat Kejadian	

Riwayat sebelumnya/dahulu (beri lingkaran pada apa yang dialami)

- Pernah/tidak mengalami hal seperti ini
- Terlapor adalah orang yang sama/tidak sama
- Keadaan korban lebih berat/ringan/sama dengan keadaan sekarang
- Pernah/tidak pernah mengalami tekanan psikologi oleh pelaku kekerasan
- Ada/tidak ada keluarga korban yang ikut dianiaya
- Ada/tidak ada keluarga korban yang lain ikut menganiaya

Keadaan sekarang (Hari/Tanggal):...../....., Jam: ....., Bulan: .....Tahun:.....)

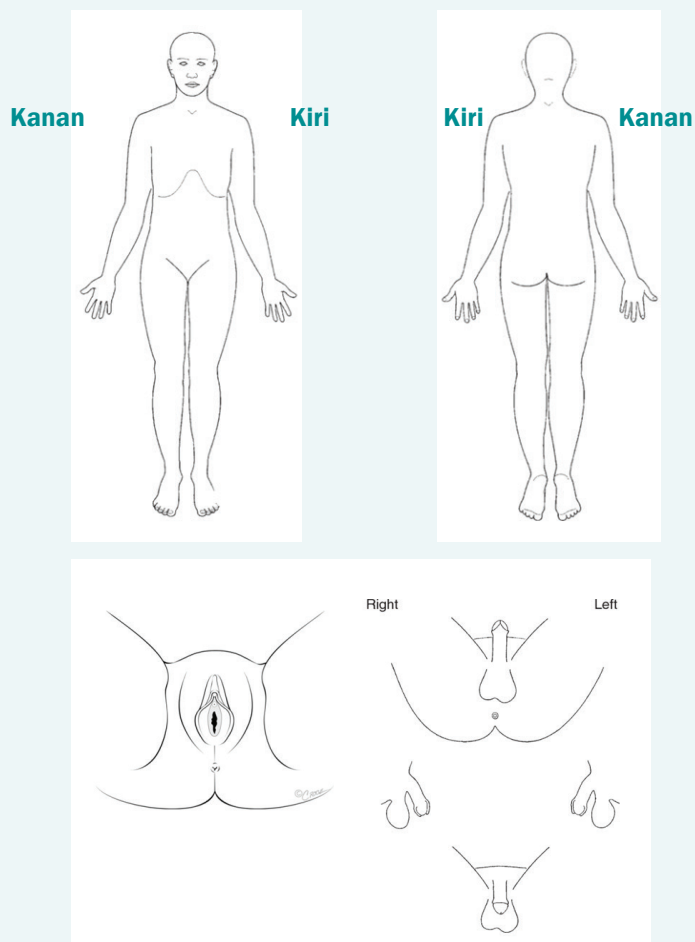
**I. Pemeriksaan Fisik:**

<b>A. Keadaan Umum</b>			
Kesadaran			
Status Gizi dan Ciri Korban	Kurus/Gemuk		
Status Mental Korban	Penampilan korban/ekspresi wajah		
	.....		
<b>B. Tanda Vital</b>			
Tekanan Darah			
Nadi			
Frekuensi Nafas			
Suhu			
<b>C. Kondisi Fisik dan Perlukaan</b>			
Klasifikasi	Catatan temuan		
Luka/Cedera			
Tempat		Posisi anatomi dari luka:	
Ukuran		Ukuran dimensi dari luka:	
Bentuk		Jelaskan bentuk dari luka:	
Sekitar		Jelaskan kondisi di sekitar jaringan luka:	

Warna		Tuliskan warna dari perlukaan atau memar:	
Arah		Jelaskan arah kekuatan perlukaan:	
Isi		Catat segala sesuatu materi yang ada dalam luka:	
Usia luka		Jelaskan perkiraan usia dari luka/ pemulihan:	
Pinggiran		Jelaskan karakteristik dari pinggiran luka dan kemungkinan alat yang digunakan untuk melukai:	
Kedalaman		Berikan indikasi kedalaman dari luka:	
Periksa kondisi dan perlukaan dengan menggunakan klasifikasi diatas, pada:			
Kepala			
Leher			
Thorax			
Abdomen			
Tangan			

Extremitas	
Genitalia	
Anus	
<b>D. Foto daerah memar</b>	
	<input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak ada

**II. Gambarkan posisi cedera pada diagram tubuh di bawah ini:**



**III. Pemeriksaan Penunjang**

Foto rontgen

- Pemeriksaan darah
- Swab vagina
- Swab mulut
- Pemeriksaan rektal
- Tes kehamilan
- Lain-lain

**IV. Diagnosis kerja (sebutkan kemungkinan adanya kekerasan seksual):**

.....  
.....  
.....

Terlapor sebagai pelaku: .....

Diagnosis Banding:

.....  
.....  
.....

**V. Terapi**

- Obat-obatan .....
- Tindakan Medis .....
- Penalaksanaan medikolegal .....

**VI. Rencana Tindak Lanjut**

Rujukan Medis : .....

Rujukan Psikososial : .....

..... Tanggal .....

Dokter pemeriksa

NIP/NRPTT

## Lampiran 3:

### Formulir 3

#### SURAT RUJUKAN

Kepada Yth:

.....

di .....

#### Hal: Rujukan

Dengan hormat,

Mohon bantuan untuk penanganan lebih lanjut bagi:

Nama : .....

Umur : .....

Alamat : .....

Masalah/kasus : .....

.....

Pertolongan yang telah diberikan:

.....

.....

Bantuan lebih lanjut yang diharapkan:

.....

.....

Atas perhatian dan kerjasamanya yang baik, kami ucapkan terimakasih.

.....

Tenaga Kesehatan yang merawat,

(.....)

*Catatan:*

Lembar 1: Untuk RS

Lembar 2: Untuk Arsip

# MATERI 4

**MENCEGAH PENULARAN DAN MENGURANGI KESAKITAN  
DAN KEMATIAN AKIBAT HIV DAN INFEKSI MENULAR  
SEKSUAL (IMS) LAINNYA**

MATERI  
4



## I. DESKRIPSI SINGKAT

Modul ini membahas pencegahan penularan IMS dan HIV pada situasi krisis kesehatan melalui tindakan prioritas untuk pencegahan penularan HIV, diantaranya memastikan pemberian transfusi darah yang aman, penerapan kewaspadaan standar, penyediaan kondom dan memastikan kesinambungan pemberian obat antiretroviral (ARV) terutama pada perempuan yang terdaftar dalam program Pencegahan Penularan Ibu ke Anak (PPIA), pemberian terapi profilaksis cotrimoxazole untuk mencegah infeksi oportunistik, pengobatan IMS dengan pendekatan sindrom dan pemberian informasi ketersediaan layanan kesehatan 24 jam. Di materi ini juga dibahas tentang peran strategis bidan dalam mencegah penularan dan mengurangi kesakitan dan kematian akibat HIV dan IMS lainnya, perbedaan antara langkah-langkah yang dilakukan sebagai bagian dari PPAM dengan pencegahan dan pelayanan IMS dan HIV serta indikator untuk memonitor pencapaian komponen ini sebagai bagian dari monitoring dan evaluasi.

## II. TUJUAN PEMBELAJARAN

### a. Hasil belajar

Setelah mempelajari modul ini, mahasiswa diharapkan memiliki pemahaman dan mampu menjelaskan tentang pencegahan penularan IMS dan HIV pada situasi krisis kesehatan.

### b. Indikator hasil belajar

Setelah mempelajari modul ini, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menjelaskan tindakan prioritas pencegahan penularan IMS dan HIV pada situasi krisis kesehatan.
2. Menjelaskan pemberian transfusi darah yang aman dan rasional pada situasi krisis kesehatan.
3. Menerapkan kewaspadaan standar pencegahan infeksi pada situasi krisis kesehatan.
4. Menjelaskan pentingnya ketersediaan dan pemberian profilaksis pascapajanan pada situasi krisis kesehatan.
5. Menjelaskan pentingnya ketersediaan kondom pada situasi krisis kesehatan.
6. Menjelaskan pentingnya memastikan kesinambungan pemberian obat ARV terutama pada perempuan yang terdaftar dalam program PPIA.
7. Menjelaskan pentingnya pemberian terapi profilaksis cotrimoxazole untuk mencegah infeksi oportunistik bagi orang dengan HIV (ODHIV) dengan pengobatan ARV.
8. Menjelaskan pengobatan Infeksi Menular Seksual (IMS) dengan pendekatan sindrom.
9. Menjelaskan strategi pemberian informasi pelayanan kesehatan 24 jam untuk ARV.
10. Menjelaskan peran strategis bidan dalam pencegahan penularan IMS dan HIV.



11. Menjelaskan perbedaan langkah-langkah yang dilakukan sebagai bagian dari PPAM dengan pencegahan dan pelayanan IMS dan HIV komprehensif.
12. Menjelaskan indikator untuk memonitor pencapaian komponen ini sebagai bagian dari monitoring dan evaluasi.

### III. POKOK BAHASAN

Modul ini membahas:

1. Tindakan prioritas pencegahan penularan IMS dan HIV pada situasi krisis kesehatan
2. Pemberian transfusi darah yang aman dan rasional pada situasi krisis kesehatan
3. Kewaspadaan standar pencegahan infeksi pada situasi krisis kesehatan
4. Ketersediaan dan pemberian profilaksis pascapajanan pada situasi krisis kesehatan
5. Ketersediaan kondom pada situasi krisis kesehatan
6. Kepastian kesinambungan pemberian obat ARV terutama pada perempuan yang terdaftar dalam program PPIA.
7. Menjelaskan pentingnya pemberian terapi profilaksis cotrimoxazole untuk mencegah infeksi oportunistik bagi ODHIV dengan pengobatan ARV.
8. Menjelaskan pengobatan Infeksi Menular Seksual (IMS) dengan pendekatan sindrom.
9. Strategi pemberian Informasi Layanan Kesehatan 24 jam untuk ARV.
10. Menjelaskan peran bidan dalam pencegahan penularan IMS dan HIV.
11. Langkah-langkah yang dilakukan sebagai bagian dari PPAM dengan pencegahan dan pelayanan IMS dan HIV komprehensif.
12. Indikator untuk memonitor pencapaian komponen ini sebagai bagian dari monitoring dan evaluasi.

### IV. BAHAN BELAJAR

1. Modul Mencegah Penularan dan Mengurangi Kesakitan serta Kematian Akibat HIV dan Infeksi Menular Seksual (IMS) Lainnya
2. Petunjuk diskusi kelompok
3. Laptop
4. LCD
5. Papan *flipchart*/papan tulis
6. Spidol

### V. METODE PEMBELAJARAN

Menggunakan pendekatan *student-centered learning*.

## VI. URAIAN MATERI

### a. Penularan IMS dan HIV pada Situasi Krisis Kesehatan

IMS dan HIV merupakan masalah kesehatan yang cukup besar di seluruh dunia, termasuk di Indonesia. Berdasarkan data dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tentang perkembangan HIV dan AIDS dan Infeksi Menular Seksual (IMS) pada triwulan II tahun 2020 hingga Juni 2020, estimasi jumlah orang dengan HIV/AIDS (ODHIV) telah mencapai 543.100 orang. Dengan rincian, 398.784 orang telah ditemukan dan hanya 205.945 ODHIV yang baru memulai konsumsi obat antiretroviral (ARV). Berdasarkan sumber data yang sama, penyakit Syphilis, Gonore, Lymphogranuloma venereum (LGV), Trikomoniasis dan Herpes Genital adalah jenis IMS yang paling sering ditemukan di Indonesia.

#### Peningkatan risiko penularan HIV dan IMS pada situasi krisis kesehatan

Pada situasi krisis kesehatan akan terjadi peningkatan risiko penularan HIV dan IMS karena faktor-faktor sebagai berikut:

1. Pada tahap tanggap darurat, sulit diterapkan praktek kewaspadaan standar karena tidak tersedianya alat dan bahan untuk pencegahan infeksi. Selain itu juga karena ada anggapan dari tenaga kesehatan bahwa karena situasi darurat, maka diperbolehkan untuk tidak mengikuti standar yang ada.
2. Terjadi peningkatan kasus kekerasan seksual yang berpotensi menularkan HIV dan IMS lainnya.
3. Meningkatnya kebutuhan akan transfusi darah dan risiko transfusi darah yang tidak aman.
4. Meningkatnya kejadian hubungan seksual yang tidak aman.

#### Cara penularan HIV

HIV ditularkan melalui pertukaran cairan tubuh dengan orang yang terinfeksi melalui hal-hal berikut:

1. Melakukan hubungan seks dengan orang yang terinfeksi HIV
2. Berbagi jarum suntik atau alat tajam lainnya yang terkontaminasi HIV
3. Menerima transfusi dari darah yang terkontaminasi HIV
4. Penularan dari ibu dengan HIV kepada janin atau bayi selama kehamilan, kelahiran, atau menyusui.

Dalam situasi krisis kesehatan pencegahan penularan HIV ditekankan kepada

1. petugas kesehatan,
2. penyintas kekerasan seksual,
3. penerima donor darah baik korban luka maupun ibu bersalin, dan
4. memastikan keberlangsungan pemberian obat bagi orang dengan HIV (ODHIV).

## Keterkaitan antara IMS dan HIV

- a. IMS tertentu memfasilitasi penularan HIV: penderita ulkus genital lebih mungkin terkena dan menularkan HIV. Chancroid dan sifilis adalah bakteri utama penyebab ulkus dan herpes genital merupakan virus penyebab utama ulkus.
- b. Keberadaan HIV dapat membuat orang lebih rentan terkena IMS: IMS yang terkait dengan pengeluaran duh seperti klamidia, gonore dan trikomoniasis juga memfasilitasi penularan HIV. Penyakit-penyakit ini menstimulasi sistem kekebalan tubuh untuk meningkatkan jumlah sel darah putih yang merupakan target dan sumber HIV. Selain itu, inflamasi terkait dengan penyakit dapat menyebabkan kerusakan mikroskopis pada mukosa genital sehingga menjadi lokasi potensial masuknya HIV.
- c. Keberadaan HIV meningkatkan keparahan sejumlah IMS dan resistensinya terhadap terapi.

## Mengapa mengurangi penularan HIV merupakan prioritas?

Dalam sebagian besar kondisi yang ada, HIV dan IMS lain menyebar lebih cepat bilamana terdapat kemiskinan, ketidakberdayaan dan ketidakstabilan, di mana semua itu adalah kondisi yang terjadi pada kondisi pengungsian akibat bencana. Dalam situasi seperti ini, perlu dilakukan segala sesuatu yang memungkinkan untuk mencegah peningkatan infeksi baru.

Mengapa risiko penularan IMS dan HIV meningkat pada situasi krisis kesehatan?

IMS termasuk HIV, jika tidak ditangani atau diperiksa, dapat meningkat di antara populasi pengungsi internal karena:

- a. Infrastruktur kesehatan yang rusak akibat bencana dan tidak tersedianya pasokan Alat Pelindung Diri (APD) dan bahan habis pakai untuk menjalankan praktik kewaspadaan standar, seperti jarum dan alat-suntik serta sarung tangan yang bersih, mungkin tidak tersedia di fasilitas pelayanan kesehatan
- b. Terjadi peningkatan risiko transfusi darah yang tidak aman
- c. Tidak ada akses ke kondom.
- d. Wanita dan anak-anak dapat dipaksa melakukan hubungan seks dalam upaya mendapatkan kebutuhan mereka agar dapat terus bertahan hidup (transaksi seksual untuk memenuhi kebutuhan hidup)
- e. Pada situasi krisis kesehatan terjadi peningkatan risiko terjadinya kekerasan seksual, termasuk perkosaan khususnya pada perempuan dan anak-anak
- f. Remaja mulai melakukan hubungan seks di usia dini, mengalami risiko seksual, seperti melakukan hubungan seks tanpa menggunakan kondom dan menghadapi eksploitasi karena sistem sosial yang terganggu.
- g. Dalam situasi pengungsian, populasi dari daerah dengan tingkat penyebaran HIV yang rendah dapat berkampur dengan populasi dari daerah dengan tingkat penyebaran yang tinggi, dengan risiko peningkatan penyebaran HIV di antara kelompok dengan tingkat penyebaran yang lebih rendah.

## Langkah-langkah pada tanggap darurat krisis kesehatan untuk pencegahan penularan dan mengurangi kesakitan serta kematian akibat HIV dan IMS lainnya

### 1. Memastikan kegiatan transfusi darah aman dan rasional yang dilakukan oleh lembaga/organisasi yang bergerak di bidangnya (waktu respon 1x24 jam pascabencana)

- a. Pastikan donor darah berasal dari lembaga yang resmi yaitu Unit Transfusi Darah (UTD) PMI dan UTD Pemerintah serta BDRS (Bank Darah Rumah Sakit) untuk meyakinkan darah aman untuk digunakan dan dilakukan di fasilitas kesehatan dengan perlengkapan dan tenaga kesehatan yang berkompeten, jika tidak maka transfusi darah tidak boleh dilakukan.
- b. Melakukan koordinasi dan mengetahui kontak di UTD PMI dan UTD Pemerintah serta BDRS setempat untuk pemantauan ketersediaan darah.
- c. Memperhatikan prinsip pelaksanaan transfusi darah yang rasional meliputi:
  - Transfusi darah hanya dilakukan untuk keadaan yang mengancam nyawa dan tidak ada alternatif lain.
  - Menggunakan obat-obatan untuk mencegah atau mengurangi perdarahan aktif (misalnya Oksitosin).
- d. Koordinasi dengan puskesmas atau rumah sakit untuk menggunakan pengganti darah untuk mengganti volume yang hilang seperti cairan pengganti berbasis kristaloid.
- e. Jika terjadi bencana besar, ketersediaan darah disuplai oleh PMI. Darah hanya dikumpulkan dari donor sukarela yang tidak dibayar kemudian semua darah yang didonorkan diperiksa.
- f. Transfusi darah hanya dilakukan untuk keadaan yang mengancam nyawa.
- g. Jika memungkinkan, gunakan pengganti darah untuk mengganti volume darah yang hilang.
- h. Melakukan praktik transfusi yang aman di tempat tidur serta pembuangan kantung, jarum, tabung yang aman.
- i. Menghindari transfusi di malam hari
- j. Petugas layanan kesehatan harus memastikan beberapa hal seperti
  - memastikan hal-hal yang berkaitan dengan suplai donor darah,
  - memastikan SOP transfusi darah tersedia di tempatnya,
  - memberitahukan mengenai protokol dan memastikan bahwa prosedur diikuti setiap saat,
  - menyimpan salinan SOP di lokasi serta di tempat dilakukannya prosedur sehingga mudah dijadikan rujukan,
  - memastikan perekrutan donor yang aman, dan

- memastikan bahwa fasilitas laboratorium memiliki suplai memadai.

## **2. Menekankan pentingnya kewaspadaan standar sejak awal dimulainya koordinasi dan memastikan penerapannya serta memastikan ketersediaan dan pemberian ARV profilaksis pascapajanan (waktu respon 1x24 jam pascabencana)**

Kewaspadaan standar adalah langkah pengendalian infeksi yang mengurangi risiko penularan patogen yang terbawa dalam darah melalui paparan terhadap darah atau cairan tubuh antara pasien dan tenaga kesehatan. Prinsip pencegahan standar adalah mengasumsikan bahwa darah dan cairan tubuh semua orang harus dianggap sebagai bahan infeksius, terlepas dari pengetahuan atau dugaan kita mengenali orang tersebut. a. Petugas pelayanan kesehatan reproduksi dan koordinator kesehatan reproduksi harus bekerja sama dengan lembaga/organisasi/mitra sektor kesehatan untuk memastikan penerapan kewaspadaan standar.

- b. Menetapkan sistem pengawasan dan melakukan observasi penerapan kewaspadaan standar menggunakan daftar tilik (checklist) sederhana di situasi krisis kesehatan untuk memastikan kepatuhan pada kewaspadaan standar, misalnya dengan memperhatikan kebiasaan cuci tangan, pembuangan limbah tajam, tumpahan darah dan cairan tubuh lainnya dibersihkan, dll.
- c. Menginformasikan bahwa kewaspadaan standar diterapkan setiap saat.
- d. Melakukan koordinasi dengan kluster kesehatan apabila persediaan/pasokan untuk melakukan kewaspadaan standar tidak tersedia atau habis.
- e. Memastikan bahwa Profilaksis Pascapajanan (PPP) tersedia di layanan kesehatan dan petugas mengetahui tentang PPP sebagai paket tindakan pencegahan standar untuk mengurangi terhadap infeksi di tempat kerja.
- f. Memasang pengumuman tentang cara-cara pertolongan pertama di ruang-ruang kerja dan informasikan kepada semua petugas bagaimana mengakses perawatan untuk keterpaparan.
- g. Menyelenggarakan sesi orientasi di pelayanan mengenai tindakan kewaspadaan standar untuk para petugas kesehatan dan petugas tambahan, jika diperlukan.

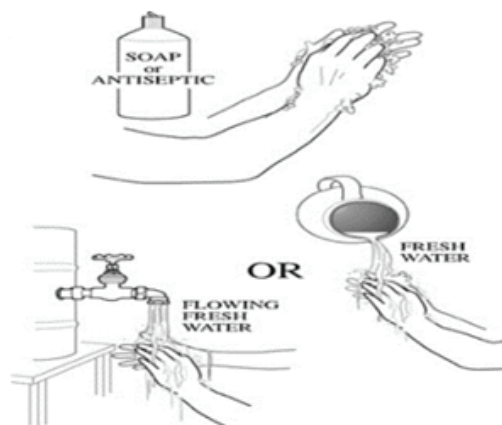
Penerapan kewaspadaan standar diharapkan dapat menurunkan risiko penularan patogen melalui darah dan cairan tubuh lain dari sumber yang diketahui maupun yang tidak diketahui. Penerapan ini merupakan pencegahan dan pengendalian infeksi yang harus rutin dilaksanakan terhadap semua pasien dan di semua fasilitas pelayanan kesehatan.

### Prinsip-prinsip Kewaspadaan Standar:

- a. Setiap orang dianggap potensial menularkan penyakit (bisa asimtomatik!)
- b. Setiap orang berisiko terkena infeksi.
- c. Permukaan benda disekitar kita, peralatan, dan benda lainnya yang akan dan telah bersentuhan dengan permukaan kulit yang tidak utuh, lecet selaput mukosa atau darah dianggap terkontaminasi sehingga setelah selesai digunakan harus diproses secara benar.
- d. Jika tidak diketahui apakah permukaan, peralatan, atau benda lainnya telah diproses dengan benar maka semua itu harus dianggap masih terkontaminasi.
- e. Risiko infeksi tidak bisa dihilangkan secara total, tapi dapat dikurangi hingga sekecil mungkin dengan menerapkan tindakan pencegahan infeksi secara benar dan konsisten.

### Tindakan kewaspadaan standar adalah:

- a. **Sering mencuci tangan**



Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir sebelum dan sesudah kontak dengan pasien. Sediakan fasilitas dan perlengkapan untuk mencuci tangan mudah didapat oleh semua penyedia pelayanan.

Jika tidak tersedia air dapat menggunakan *hand sanitizer*.

## b. Mengenakan sarung tangan

Pakailah sarung tangan non-steril sekali pakai untuk semua prosedur dimana diperkirakan akan ada kontak dengan darah atau cairan tubuh lain yang berpotensi terinfeksi virus. Cuci tangan sebelum memakai dan setelah melepas sarung tangan. Buang sarung tangan segera setelah digunakan ditempat sampah limbah medis. Petugas yang menangani bahan-bahan dan benda tajam wajib mengenakan sarung tangan yang lebih kuat (sarung tangan khusus untuk pekerjaan berat/ berkebun) dan harus menutupi luka dan lecet dengan balutan/ plester tahan air.



**Gambar: alat-alat perlindungan personal**

### Catatan:

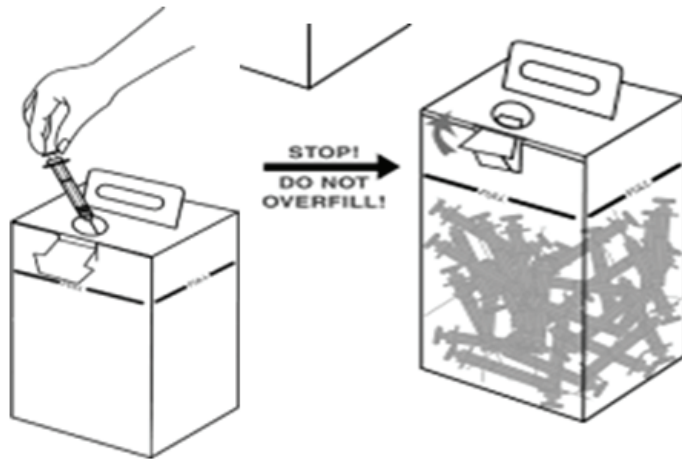
Pastikan ketersediaan dan logistik sarung tangan yang cukup dan berkelanjutan untuk melaksanakan semua kegiatan. **JANGAN PERNAH** menggunakan kembali atau mensterilisasi ulang sarung tangan sekali pakai, karena akan membuatnya menjadi berpori/ berlubang kecil.

- c. **Memakai pakaian pelindung**, seperti baju atau celemek tahan air, untuk melindungi dari kemungkinan terpercik darah atau cairan tubuh lain. Petugas diwajibkan menggunakan masker dan pelindung mata, Alat Pelindung Diri (APD).

## d. Penanganan aman terhadap benda-benda tajam:

Upayakan penggunaan jarum suntik seminimal mungkin dan berdasarkan indikasi. Gunakan alat suntik dan jarum suntik sekali pakai yang steril untuk setiap injeksi.

Buang jarum suntik dan benda-benda tajam di kotak pengaman (*safety box*) yang anti tusuk dan anti bocor. Pastikan wadah anti tusuk untuk pembuangan benda tajam selalu tersedia di tempat yang dekat namun di luar jangkauan anak-anak. Benda tajam tidak boleh dibuang ke tempat sampah atau kantong sampah biasa.



### Safety Box atau kotak pengaman barang bekas pakai

- Pembuangan limbah: Bakar semua sampah medis di area terpisah, sebaiknya masih pada lahan fasilitas pelayanan kesehatan. Kubur benda-benda yang masih menjadi ancaman, seperti benda tajam, di sebuah lubang tertutup sedikitnya 10 meter dari sumber air.
- Pemrosesan Instrumen: proses instrumen bekas pakai dalam urutan sebagai berikut:
  - a) Dekontaminasi instrumen untuk membunuh virus (HIV dan Hepatitis B) dan menjadikan alat lebih aman untuk ditangani.



### Dekontaminasi Basah

- b) Bersihkan instrumen sebelum melakukan sterilisasi atau desinfeksi tingkat tinggi (DTT) untuk menghilangkan kotoran.

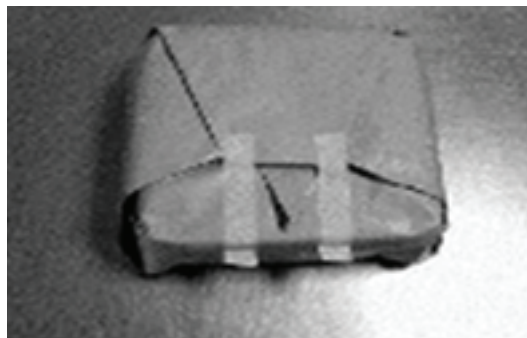




- c) Sterilkan (menghilangkan semua patogen) instrumen-instrumen untuk meminimalkan risiko infeksi selama prosedur. Dianjurkan menggunakan steam autoclaving. Desinfeksi Tingkat Tinggi/DTT (melalui perebusan atau perendaman dalam larutan klorin) mungkin tidak dapat menghilangkan semua spora.



- d) Gunakan atau simpan dengan benar alat- alat segera setelah disterilisasi.



- e) Pemeliharaan Fasilitas

Bersihkan tumpahan darah atau cairan tubuh lainnya dengan segera dan hati-hati.

Meskipun tindakan-tindakan pencegahan standar telah ditetapkan dan ditaati, keterpaparan terhadap HIV dapat saja terjadi. Pastikan PPP tersedia sebagai bagian dari paket tindakan pencegahan standar untuk mengurangi keterpaparan petugas terhadap infeksi di tempat kerja. Pasanglah pengumuman tentang cara-cara pertolongan pertama di ruang-ruang kerja dan informasikan kepada semua petugas bagaimana mengakses perawatan untuk keterpaparan.

### **3. Memastikan ketersediaan kondom, berkoordinasi dengan organisasi dan lembaga yang bekerja di bidang keluarga berencana, Kementerian Kesehatan, BKKBN, LSM lainnya**

- Memastikan tersedianya kondom sejak masa awal tanggap darurat krisis kesehatan, karena saat ini penggunaan kondom adalah satu-satunya alat kontrasepsi yang mampu mencegah penyebaran IMS dan HIV.
- Untuk melakukan hal ini perlu berkoordinasi antara Dinkes, BKKBN, atau lembaga lainnya untuk menjamin ketersediaan kondom.
- Pemberian kondom harus dilakukan sesuai dengan budaya masyarakat setempat dan berikan informasi cara penggunaan kondom yang benar. Untuk kondom perempuan, sebaiknya tidak dipesan jika masyarakat belum terpapar dalam penggunaannya.
- Penggunaan kondom diberikan pada akseptor KB, kelompok seksual aktif, penderita IMS dan HIV, kelompok berisiko tinggi tertular IMS dan HIV.

### **4. Memastikan pemberian obat ARV terutama pada perempuan yang terdaftar dalam program PPIA (Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak)**

- a. Penanggung jawab komponen pencegahan HIV mengetahui data ODHIV dan layanan ARV serta layanan lainnya yang terkait dengan HIV dan AIDS yang tersedia di wilayah tersebut. Pemberian ARV dapat dilakukan di puskesmas dan rumah sakit oleh petugas kesehatan yang terlatih. Pemberian ARV tanpa komplikasi hanya diberikan di puskesmas. Pemberian ARV pada ibu hamil dengan HIV dan bayi yang lahir dari Ibu HIV dilakukan di rumah sakit. Demikian juga untuk bayi yang lahir dari Ibu HIV, pemberian ARV profilaksis dilakukan di rumah sakit. Pasien yang memiliki infeksi oportunistik dirawat di rumah sakit. Bila perlu dilakukan perubahan kebijakan selama krisis kesehatan untuk memudahkan akses mendapatkan ARV pada tahap tanggap darurat krisis kesehatan.
- b. Prinsipnya adalah saat krisis kesehatan pemberian ARV tidak boleh terputus sehingga penanggung jawab komponen mengetahui kontak dan melakukan koordinasi dengan penyedia layanan ARV.

### **5. Menyediakan Profilaksis Pascapajanan (PPP) untuk korban kekerasan seksual bila sesuai dan untuk yang terpapar saat bekerja**

- a. Memastikan ketersediaan profilaksis pascapajanan (PPP) di pelayanan kesehatan
- b. Memastikan petugas mengetahui PPP sebagai paket tindakan pencegahan standar untuk mengurangi risiko penularan infeksi di tempat kerja (mengidentifikasi dan menentukan petugas yang bertanggung jawab untuk melayani kebutuhan PPP)
- c. Pasang pengumuman/ informasi tentang cara-cara pertolongan pertama di ruang – ruang kerja dan informasikan kepada semua

- petugas bagaimana mengakses perawatan untuk keterampilan
- d. Menyelenggarakan sesi orientasi di pelayanan kesehatan mengenai tindakan kewaspadaan standar untuk para petugas kesehatan dan petugas lain
  - e. Menetapkan sistem pengawasan dan melakukan observasi dengan menggunakan daftar tilik (checklist) sederhana untuk memastikan kepatuhan terhadap kewaspadaan standar, misalnya dengan memperhatikan kebiasaan cuci tangan, pembuangan limbah tajam, cara membersihkan tumpahan darah, cairan tubuh lainnya dan lain-lain.
  - f. Pada sumber pajanan maupun korban pajanan harus dilakukan tes HIV sebagai dasar penentuan PPP, tetapi waktunya tidak boleh terlalu lama, yaitu paling lama 3 hari.
  - g. Jika sumber pajanan tidak diketahui, biasanya PPP hanya diberikan pada kasus yang sifatnya berat, misalnya lesi akibat jarum berlubang besar, tusukan yang dalam dan kontak dengan darah yang terlihat pada alat medis (gunting, jarum dan lain- lain), pajanan pada membran mukosa non-genital atau kulit tidak utuh, serta pajanan terhadap darah atau cairan sperma yang berjumlah banyak.

## **6. Mendukung penyediaan profilaksis cotrimoxazole untuk infeksi oportunistik untuk pasien dengan HIV atau sudah terdiagnosis HIV**

Pemberian profilaksis cotrimoxazole adalah intervensi yang menyelamatkan jiwa, sederhana, bisa ditoleransi dengan baik dan hemat biaya bagi orang yang hidup dengan HIV. Ini harus diimplementasikan sebagai komponen terintegrasi dari paket perawatan HIV. Profilaksis cotrimoxazole adalah antibiotik yang digunakan untuk mencegah pneumonia pneumocystis dan toksoplasmosis pada orang dewasa dan anak-anak dengan HIV, serta penyakit menular dan parasit lainnya, menunjukkan manfaat signifikan di daerah yang terkena malaria. Profilaksis cotrimoxazole direkomendasikan untuk orang dewasa (termasuk wanita hamil) dengan stadium klinis HIV 2,3 dan 4 dan atau dengan jumlah CD4  $\leq$  350 sel / mm<sup>3</sup>. Dalam kondisi di mana malaria dan / atau infeksi bakteri parah sangat lazim, profilaksis cotrimoxazole harus dimulai terlepas dari jumlah sel CD4 atau keparahan penyakit klinis. Profilaksis cotrimoxazole direkomendasikan untuk bayi, anak-anak dan remaja dengan HIV, terlepas dari kondisi klinis dan kekebalan tubuh.

## **7. Menjamin ketersediaan diagnosa dan terapi IMS dengan pendekatan sindrom di fasilitas kesehatan**

- a. Penularan HIV dan IMS berkaitan erat. IMS tertentu memfasilitasi penularan HIV, seperti IMS dengan gejala ulcus di area genital, dan yang terkait dengan keluarnya cairan, seperti klamidia atau gonore. Di sisi lain, sistem kekebalan tubuh yang lemah dari orang yang hidup dengan HIV, khususnya mereka yang tidak memiliki akses ke ARV,

dapat membuat orang tersebut lebih rentan terinfeksi IMS. Adanya HIV juga meningkatkan tingkat keparahan gejala untuk beberapa IMS (seperti herpes genital).

- b. Penanganan IMS dengan pendekatan sindrom adalah pendekatan yang saat ini diterapkan di banyak negara dan oleh karena itu sudah dipakai dan tersedia sebelum krisis. Ini adalah metode yang disusun berdasarkan algoritma berdasarkan sindrom (gejala pasien dan tanda-tanda klinis) untuk dapat memutuskan pengobatan yang diberikan pada satu kunjungan menggunakan protokol perawatan standar. Pendekatan ini sangat relevan pada awal krisis kesehatan, di mana pasien cenderung tidak datang untuk kunjungan lanjutan dan di mana akses ke laboratorium mungkin sulit, tidak mungkin, atau mahal. Antibiotik yang direkomendasikan oleh WHO untuk pengobatan IMS pendekatan sindrom tersedia di kit kesehatan reproduksi. Penanganan IMS dengan pendekatan sindrom adalah hemat biaya, memuaskan bagi pasien, dapat diprediksi (memudahkan untuk pengadaan dan pelatihan), dan memiliki dampak kesehatan masyarakat yang kuat.

#### **8. Memasang informasi dengan nomor telepon 24 jam yang bisa dihubungi dan memastikan kelanjutan pengobatan ARV bersama dengan obat rutin lainnya.**

Penanggung jawab komponen pencegahan HIV dan AIDS mengetahui data ODHA di wilayah setempat. Data dapat diketahui dari puskesmas dan LSM atau kelompok dukungan sebaya yang menjadi pendamping minum obat ARV.

- a. Penanggung jawab subklaster kesehatan reproduksi mengoordinasikan, mengidentifikasi pemenuhan kebutuhan obat ARV.
- b. Bila sebelum krisis, obat ARV hanya dapat diambil di fasilitas kesehatan (rumah sakit) tertentu yang sudah ditentukan, maka pada tahap tanggap darurat kesehatan dapat dilakukan penyesuaian kebijakan untuk memudahkan pasien untuk mengakses pengobatan seperti:
  - Membuka posko pengambilan obat ARV yang dekat dengan lokasi pengungsian.
  - Melakukan pelayanan bergerak (*outreach*) untuk menjangkau ODHA dan mengirim obat ARV dengan bekerja sama dengan LSM setempat.
- c. Petugas dapat menginformasikan kepada masyarakat tentang bagaimana mendapatkan obat ARV selama dalam masa pengungsian dengan informasi tempat/lokasi untuk mengambil obat ARV dan nomor telepon yang dapat dihubungi.

Berikut adalah contoh informasi dalam bentuk poster tentang bagaimana mendapatkan obat ARV pada saat bencana gempa dan tsunami di Sulawesi Tengah tahun 2018:

## SITUASI BOLEH DARURAT, MINUM OBAT HARUS TAAT.

Akses pengambilan **ARV** dan jika memerlukan pendampingan dan dukungan bisa dilakukan di:

RSUD Undata kota Palu ( kontak ibu Rayani : 0822 XXXX XXXX)

RSUD Anutapura kota Palu ( kontak pak Thomas : 0852 XXXX XXXX)

RSJ Madani Mamboro Palu ( kontak ibu Elvi : 0811 XXXX XXXX)

RSUD Anutaloko kabupaten Parigi ( kontak ibu Devi : 0812 XXXX XXXX)

Program HIV Dinkes kabupaten Donggala ( kontak ibu Nurdiah : 0852 XXXX XXXX)

RSUD Tora Belo kabupaten Sigi ( kontak ibu Reski : 0823 XXXX XXXX)

ARV mobile IAC ( kontak Arv Comunity Support Yuli : 0813 XXXX XXXX)



**Jika memerlukan alat kontrasepsi sebagai pencegahan kehamilan dan Infeksi Menular Seksual, bisa mengakses ke layanan tersebut.**

SUB KLASTER KESEHATAN REPRODUKSI SULAWESI TENGAH



## VII. PERAN BIDAN DALAM MENCEGAH PENULARAN DAN MENGURANGI KESAKITAN DAN KEMATIAN AKIBAT HIV DAN IMS LAINNYA:

1. Mengetahui indikasi untuk transfusi darah yang aman dan rasional untuk kasus komplikasi kebidanan.
2. Memahami SOP untuk praktik kewaspadaan universal dan menjalankan kewaspadaan standar pada krisis kesehatan.
3. Mengenali gejala dari IMS dan merujuk untuk pengobatan dengan pendekatan sindrom.
4. Membantu distribusi kondom dan memonitor distribusinya.
5. Membantu mengidentifikasi ODHIV dengan pengobatan antiretroviral (ARV) di wilayah kerjanya dan membantu agar ODHIV tersebut tidak putus obat.
6. Membantu mengidentifikasi ODHIV yang memerlukan pengobatan profilaksis cotrimoxazole.
7. Merujuk penyintas kekerasan seksual yang membutuhkan pengobatan profilaksis pascapajanan (PPP) untuk HIV.
8. Melakukan monitoring ketersediaan obat dan bahan habis pakai untuk pelayanan IMS dan HIV dan mengajukan permintaan sesuai kebutuhan.
9. Bidan mengidentifikasi permasalahan yang dihadapi di dalam penyediaan pelayanan IMS dan HIV dan melaporkan ke puskesmas/dinas kesehatan untuk mencari jalan keluar melalui subklaster kesehatan reproduksi.

## VIII. PERBEDAAN LANGKAH-LANGKAH YANG DILAKUKAN SEBAGAI BAGIAN DARI PPAM DAN KESEHATAN REPRODUKSI KOMPREHENSIF

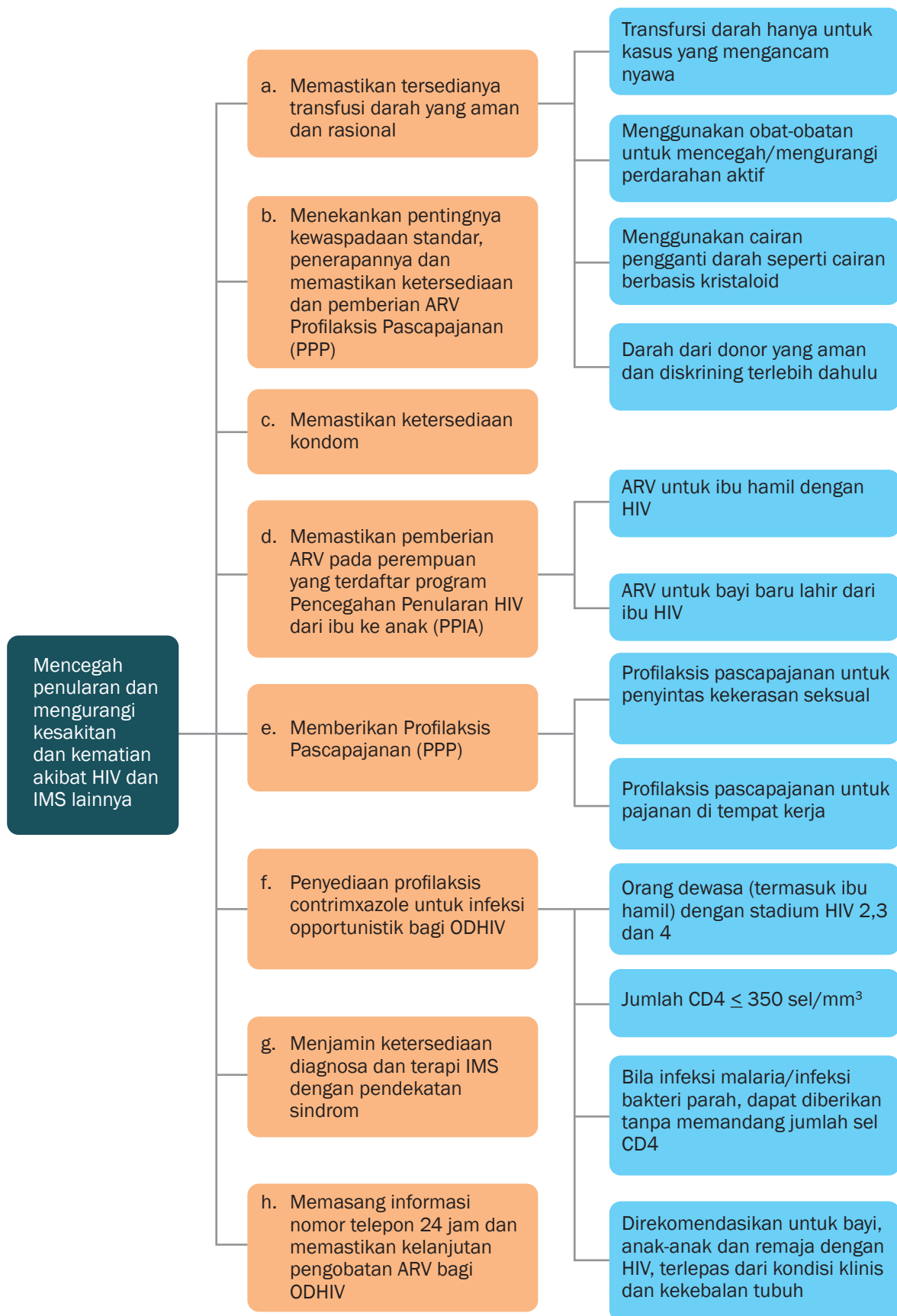
Mencegah penularan dan mengurangi kesakitan dan kematian akibat HIV dan IMS lainnya (PPAM)	Mencegah penularan dan mengurangi kesakitan dan kematian akibat HIV dan IMS lainnya (Kesehatan reproduksi komprehensif)
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memastikan kegiatan transfusi darah aman dan rasional.</li> <li>2. Menekankan pentingnya kewaspadaan standar sejak awal dimulainya koordinasi.</li> <li>3. Memastikan ketersediaan kondom, gratis.</li> <li>4. Memastikan pemberian obat ARV terutama pada perempuan yang terdaftar dalam program PPIA (Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak).</li> <li>5. Menyediakan Profilaksis Pascapajanan (PPP) untuk korban kekerasan seksual.</li> <li>6. Mendukung penyediaan profilaksis cotrimoxazole untuk infeksi oportunistik untuk pasien dengan HIV atau sudah terdiagnosis HIV.</li> <li>7. Menjamin ketersediaan diagnosa dan terapi IMS dengan pendekatan sindrom di fasilitas kesehatan.</li> <li>8. Memasang informasi dengan nomor telepon 24 jam yang bisa dihubungi untuk kelanjutan pengobatan ARV bersama dengan obat rutin lainnya.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan kegiatan pencegahan dan penanganan IMS komprehensif termasuk pelacakan pasangan dan melakukan sistem surveilans untuk IMS</li> <li>2. Menyediakan pelayanan HIV yang komprehensif</li> <li>3. Menyediakan pelayanan, dukungan dan pengobatan bagi orang dengan HIV (ODHIV)</li> <li>4. Memulai program pencegahan HIV</li> <li>5. Melakukan edukasi kepada masyarakat tentang pencegahan penularan dan mengurangi kesakitan dan kematian akibat IMS dan HIV</li> </ol>

## IX. INDIKATOR UNTUK MENILAI PENCAPAIAN KOMPONEN MENCEGAH PENULARAN DAN MENGURANGI KESAKITAN DAN KEMATIAN AKIBAT HIV DAN IMS LAINNYA:

No	Indikator	Ya	Tidak
1	Transfusi darah aman dan rasional dilakukan oleh lembaga/ organisasi yang bergerak di bidangnya, misalnya: Palang Merah Indonesia		
2	Fasilitas, perlengkapan dan petugas terlatih tersedia untuk transfusi darah.		
3	Pentingnya kewaspadaan standar sejak awal dimulainya koordinasi ditekankan dan dipastikan penerapannya		
4	Kondom secara gratis tersedia dengan berkoordinasi dengan lembaga yang bekerja di bidang keluarga berencana, Kementerian Kesehatan, BKKBN, LSM lainnya		
5	Kelanjutan pengobatan bagi orang yang telah masuk program ARV, termasuk perempuan yang terdaftar dalam program PPIA (Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak) dipastikan tersedia.		
6	Informasi nomor telepon 24 jam yang bisa dihubungi untuk kelanjutan pengobatan ARV dipasang		
7	Profilaksis cotrimoxazole untuk infeksi oportunistik untuk pasien dengan HIV atau sudah terdiagnosis HIV tersedia dan diberikan.		
8	Pelayanan dan tata laksana IMS dengan pendekatan sindrom tersedia di fasilitas kesehatan		

No	Indikator kuantitatif	Capaian
1	Jumlah transfusi darah yang dilakukan	
2	Jumlah darah yang sudah diskruining sebelum transfusi	
3	Jumlah ODHIV yang melanjutkan pengobatan dengan ARV	
4	Jumlah ODHIV yang mendapat terapi profilaksis cotrimoxazole	
5	Jumlah laki-laki seksual aktif	
6	Jumlah kondom yang didistribusikan	
7	Jumlah kasus IMS yang dilayani dengan pendekatan sindrom	
8	Jumlah fasilitas pelayanan kesehatan yang memiliki alat dan bahan untuk penerapan kewaspadaan standar	

## X. DIAGRAM ALUR (MIND MAPPING) :





## **XI. RANGKUMAN**

1. Pada situasi krisis kesehatan terjadi peningkatan risiko penularan HIV dan IMS lainnya karena beberapa sebab seperti transfusi darah yang tidak aman, sulitnya menerapkan praktik kewaspadaan standar, meningkatnya risiko kekerasan seksual, tidak tersedianya kondom dan faktor lainnya.
2. Pada situasi krisis kesehatan juga dapat terjadi risiko meningkatnya kesakitan dan kematian akibat HIV dan IMS lainnya karena tidak tersedianya pelayanan untuk keberlanjutan pengobatan ARV, pengobatan IMS, risiko terjadinya infeksi oportunistik bagi ODHIV dsb.
3. Komponen 3 dari PPAM difokuskan pada pencegahan penularan HIV dan IMS dan mencegah kesakitan dan kematian akibat HIV dan IMS lainnya dengan melakukan langkah-langkah untuk mengatasi faktor risiko yang ada.
4. Bidan memiliki peran yang strategis dalam pencegahan penularan dan mencegah kesakitan dan kematian akibat HIV dan IMS lainnya.

## **XII. DAFTAR PUSTAKA**

1. Kementerian Kesehatan, 2021, Pedoman Operasional Implementasi Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi pada Krisis Kesehatan.
2. Kementerian Kesehatan, 2019, Pedoman Program Pencegahan Penularan HIV, Sifilis dan Hepatitis B dari Ibu ke Anak.
3. Inter-Agency Working Group (IAWG) on Reproductive Health in Emergency, 2018, Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings.



# MATERI 5

## PENCEGAHAN KESAKITAN DAN KEMATIAN MATERNAL DAN NEONATAL PADA SITUASI KRISIS KESEHATAN



## I. DESKRIPSI SINGKAT

Modul ini membahas tentang pencegahan kesakitan dan kematian maternal dan neonatal pada situasi krisis kesehatan dan memberikan informasi tentang situasi kesehatan maternal dan neonatal di Indonesia, penyebab utama kematian ibu dan bayi, mengapa kesehatan maternal dan neonatal sangat penting pada situasi krisis kesehatan, langkah-langkah yang harus dilakukan pada tanggap darurat krisis kesehatan. Di bagian akhir materi juga dibahas mengenai peran bidan dalam mencegah meningkatnya kesakitan dan kematian maternal dan neonatal, perbedaan intervensi yang dilakukan pada tanggap darurat krisis kesehatan sebagai bagian dari PPAM dengan pelayanan kesehatan maternal dan neonatal komprehensif serta indikator untuk memonitor pencapaian sebagai bagian dari monitoring dan evaluasi.

## II. TUJUAN PEMBELAJARAN

### a. Hasil belajar

Setelah mempelajari materi ini peserta didik memahami bagaimana melakukan pencegahan kesakitan dan kematian maternal dan neonatal pada situasi krisis kesehatan.

### b. Indikator hasil belajar

Setelah mempelajari materi ini peserta didik mampu:

1. Memahami tentang situasi kesehatan maternal dan neonatal di Indonesia
2. Mengetahui penyebab utama kematian ibu dan bayi
3. Memahami mengapa kesehatan maternal dan neonatal sangat penting pada situasi krisis kesehatan
4. Mengetahui langkah-langkah yang harus dilakukan pada tanggap darurat krisis kesehatan
5. Mengetahui peran strategis bidan dalam pemberian pelayanan kesehatan maternal dan neonatal
6. Memahami perbedaan pelayanan kesehatan maternal dan neonatal sebagai bagian dari PPAM dan pelayanan kesehatan reproduksi
7. Mengetahui indikator kesehatan maternal dan neonatal pada situasi krisis kesehatan.

## III. POKOK BAHASAN

Modul ini membahas:

1. Situasi kesehatan maternal dan neonatal di Indonesia
2. Penyebab utama kematian ibu dan bayi
3. Mengapa kesehatan maternal dan neonatal sangat penting pada situasi krisis kesehatan
4. Langkah-langkah yang harus dilakukan pada tanggap darurat krisis kesehatan

5. Peran bidan dalam pemberian pelayanan kesehatan maternal dan neonatal
6. Perbedaan pelayanan kesehatan maternal dan neonatal sebagai bagian dari PPAM dan pelayanan kesehatan reproduksi
7. Mengetahui indikator kesehatan maternal dan neonatal pada situasi krisis kesehatan.

#### IV. BAHAN BELAJAR

1. Modul Pencegahan Kesakitan dan Kematian Kesehatan Maternal dan Neonatal pada Situasi Krisis Kesehatan
2. Laptop
3. LCD
4. Kaset video
5. Papan *flipchart*/papan tulis
6. Spidol
7. Skenario kasus

#### V. LANGKAH-LANGKAH PEMBELAJARAN

Menggunakan pendekatan *student-centered learning*.

#### VI. URAIAN MATERI

Di seluruh dunia, 15% sampai dengan 20% ibu hamil akan mengalami komplikasi selama kehamilan atau persalinan. Terdapat lebih dari 500.000 kematian ibu setiap tahunnya dan 99% terjadi di negara-negara berkembang. Di Indonesia, berdasarkan hasil Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) tahun 2015, Angka Kematian Ibu sebesar 305 per 100,000 kelahiran hidup, sedangkan angka kematian bayi 22 per 1000 kelahiran hidup. Berdasarkan SDKI tahun 2012 disebutkan bahwa angka kematian neonatal sebesar 19 per 1000 kelahiran hidup.

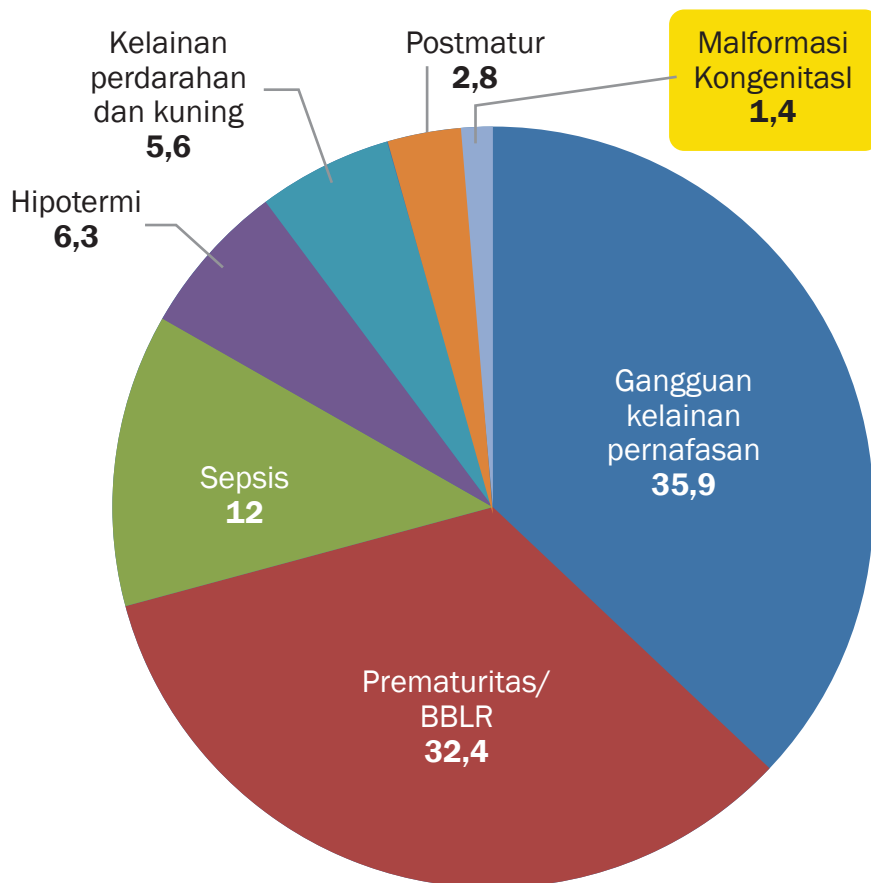
Angka kematian ibu (AKI) di Indonesia masih tinggi yaitu 305 per 100,000 kelahiran hidup berdasarkan data Survei Penduduk Antar Sensus (Supas) 2015. Dalam Kajian Kesehatan Ibu di Indonesia tahun 2014, Karakteristik kematian ibu di Indonesia menunjukkan penyebab kematian ibu tertinggi disebabkan oleh: hipertensi dalam kehamilan (32,4%), perdarahan pascapersalinan (20,3%) dengan periode tertinggi pada masa nifas 48 jam setelah kelahiran sebesar 61,6%. Data tersebut juga menyebutkan bahwa masih terdapat kematian ibu di rumah sebesar 29,4% (Tejayanti, 2014). Kematian ibu banyak terjadi pada usia di atas 35 tahun yaitu sebesar 25,6% dan di bawah usia 20 tahun sebesar 6,9%.

Berdasarkan data Sistem Registrasi Sampel (SRS) Badan Penelitian dan Pengembangan (Litbang) Kesehatan 2016, terdapat tiga penyebab utama kematian ibu di Indonesia, yaitu gangguan hipertensi (komplikasi yang berhubungan dengan hipertensi) (34%), perdarahan (27%), dan komplikasi non-obstetri (16%). Penyebab kematian lainnya terdiri dari komplikasi obstetri lain (12%), infeksi dalam kehamilan (6%), dan lain-lain (5%).

Data tersebut menunjukkan pergeseran pada 3 penyebab utama kematian; sebelumnya, infeksi menduduki peringkat ke-3. Meskipun demikian, komplikasi non obstetri berkontribusi sangat besar dalam kematian ibu. Padahal, komplikasi non-obstetri seharusnya tidak banyak berkontribusi terhadap kematian ibu. Selain itu, perdarahan masih menjadi penyebab utama kematian ibu dan selama beberapa dekade belum bergeser. Salah satu penyumbang kematian akibat perdarahan adalah keguguran dan aborsi tidak aman. Menurut data litbangkes 2012, keguguran menyumbang 4,1% penyebab perdarahan yang berujung pada kematian ibu.

Kematian bayi sebagian besar disebabkan oleh masalah neonatal (BBLR, asfiksia dan infeksi) yang sebenarnya dapat dihindari penyebabnya. Mengingat kematian bayi berhubungan erat dengan mutu penanganan ibu, maka proses bersalin dan perawatan bayi harus dilakukan dalam sistem terpadu. Sebagian besar kematian ibu dan bayi sebenarnya dapat dicegah apabila ditangani oleh petugas terampil dengan sumber daya yang memadai di tingkat fasilitas kesehatan.

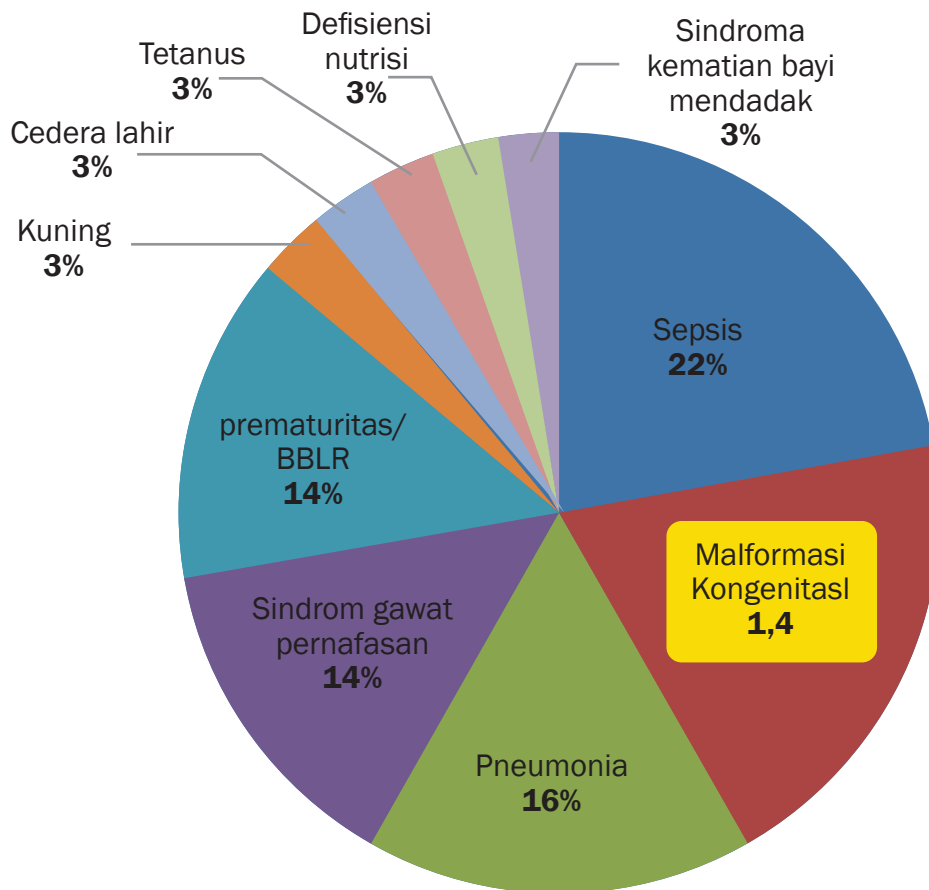
### Proporsi penyebab kematian kelompok umur 0-6 hari



Sumber : data Riskesdas 2007

Berdasarkan grafik di atas diketahui bahwa Proporsi penyebab kematian kelompok umur 0-6 hari adalah gangguan kelainan pernafasan 35,9%, prematuritas/Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) 32,4%, sepsis 12%, hipotermi 6,3%, kelainan darah dan kuning 5,6%, postmatur 2,8% dan malformasi kongenital 1,4%.

### Proporsi penyebab kematian kelompok umur 7-28 hari



Berdasarkan grafik di atas diketahui bahwa proporsi penyebab kematian kelompok umur 7-28 hari adalah sepsis 22%, pneumonia 16%, malformasi kongenital 9%, prematuritas/ BBLR dan sindrom gangguan nafas masing-masing 14%, kuning, tetanus, defisiensi nutrisi dan sindrom kematian bayi mendadak masing-masing sebesar 3%.

Pada kondisi normal Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi (AKI/ AKB) di Indonesia masih tinggi dan kondisi ini dapat menjadi lebih tinggi pada situasi krisis kesehatan karena sulit mendapat pelayanan kesehatan maternal dan neonatal atau karena pelayanan tersebut tidak tersedia.

Oleh karena itu PPAM bertujuan mencegah peningkatan kesakitan dan kematian maternal dan neonatal. Pada krisis kesehatan tujuan PPAM bukan difokuskan untuk menurunkan kasus kematian tapi mencegah meningkatnya jumlah kasus kematian ibu dan bayi. Karena pada situasi normal, sudah sangat sulit untuk menurunkan kematian ibu dan bayi, apalagi pada situasi krisis kesehatan.



**Foto ibu hamil di pengungsian di Palu, Sigi dan Donggala (Pasigala), 2018**



**Bidan relawan yang sedang melakukan pemeriksaan ibu hamil di tempat pengungsian, Pasigala (Palu, Sigi dan Donggala), 2018**

**Penting memastikan** tersedianya tenaga yang mampu memberikan pelayanan “keawatdaruratan maternal neonatal” pada kondisi ini.

### **1. Mengapa kesehatan maternal dan neonatal sangat penting pada kondisi darurat bencana?**

Pelayanan kesehatan maternal dan neonatal pada situasi krisis kesehatan sangat penting, mengingat pada situasi bencana terjadi hal-hal berikut:

- Berdasarkan estimasi statistik, 4% dari penduduk yang terkena dampak bencana adalah ibu hamil pada kurun waktu tertentu.
- Akan tetap ada ibu hamil yang dapat melahirkan kapan saja, baik pada saat proses evakuasi maupun pada saat tinggal di pengungsian.
- Ibu yang belum waktunya melahirkan dapat bersalin lebih awal (prematurn) karena situasi yang kacau dan harus menyelamatkan diri saat bencana.



- 15-20% kehamilan kemungkinan akan mengalami komplikasi dan membutuhkan penanganan segera untuk penyelamatan nyawa.
- Dapat terjadi peningkatan kasus keguguran yang memerlukan penanganan segera.
- Terhambatnya akses dan kurangnya koordinasi rujukan pelayanan maternal dan neonatal.

Ibu hamil, ibu pascabersalin dan bayi baru lahir merupakan kelompok rentan, terlebih pada saat krisis kesehatan. Mereka memiliki kebutuhan yang berbeda, sehingga diperlukan penanganan yang tersendiri, misalnya terhadap kebutuhan gizi, pemantauan ibu hamil risiko tinggi, pemantauan ibu pascabersalin, dll. Pada situasi krisis kesehatan, kesehatan reproduksi ada kalanya tidak tersedia padahal pelayanan terhadap ibu hamil yang akan melahirkan dan bayi baru lahir tidak dapat menunggu situasi menjadi lebih stabil. Apabila situasi tersebut tidak tertangani, maka risiko akan kesakitan dan kematian ibu serta bayi baru lahir semakin tinggi.



**Bidan relawan yang sedang melakukan pemeriksaan ibu hamil di tempat pengungsian, Pasigala (Palu, Sigi dan Donggala), 2018**

## **2. Langkah-langkah/kegiatan yang dilakukan pada tanggap darurat krisis kesehatan:**

### **1. Melakukan pemetaan fasilitas kesehatan dan memastikan pelayanan persalinan, pelayanan neonatal esensial, dan pelayanan kegawatdaruratan maternal neonatal**

Pemetaan dan penilaian puskesmas, puskesmas rawat inap dan rumah sakit minimal kelas C dilakukan oleh anggota subklaster kesehatan reproduksi untuk mengetahui kemudahan akses dan kemampuan fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes) dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi sesuai dengan standar.

Hal-hal yang harus diobservasi, antara lain adalah:

- Kondisi bangunan apakah layak digunakan untuk memberikan pelayanan kesehatan reproduksi termasuk pelayanan persalinan, pelayanan neonatal esensial dan pelayanan kegawatdaruratan maternal dan neonatal.
- Ketersediaan peralatan, obat-obatan dan sumber daya manusia, untuk mengetahui kemampuan fasyankes dalam memberikan jenis pelayanan maternal dan neonatal.
- Kondisi geografis, termasuk kemudahan dalam mengakses fasyankes dengan menghitung perkiraan waktu tempuh dan jarak tempuh.  
Memastikan ketersediaan dan akses kepada persalinan bersih dan aman, pelayanan neonatal esensial dan pelayanan kegawatdaruratan kebidanan dan neonatal termasuk:
  - Di tingkat rumah sakit rujukan: ketersediaan tenaga kesehatan terlatih dan pasokan untuk penyediaan pelayanan kegawatdaruratan kebidanan dan neonatal dasar dan komprehensif.
  - Di tingkat fasyankes primer: ketersediaan tenaga kesehatan terlatih dan pasokan untuk persalinan pervaginam dan penyediaan pelayanan kegawatdaruratan kebidanan dan neonatal dasar (PONED).
  - Di tingkat masyarakat: penyediaan informasi kepada masyarakat tentang ketersediaan pelayanan persalinan aman dan PONED dan PONEK dan pentingnya mencari pertolongan dari fasilitas kesehatan.
  - Pada setiap kehamilan kemungkinan dapat terjadi komplikasi yang dapat mengakibatkan keadaan kegawatdaruratan maternal neonatal, sehingga penanggung jawab komponen maternal neonatal wajib untuk memastikan petugas kesehatan mampu mengatasi kasus kegawatdaruratan yang meliputi

Kegawatdaruratan Neonatal	Kegawatdaruratan Maternal
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gangguan nafas melalui penanganan resusitasi</li> <li>▪ Suhu tubuh tidak normal (demam/ hipotermia)</li> <li>▪ Infeksi</li> <li>▪ Bayi prematur dan berat badan lahir rendah (BBLR)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Penanganan perdarahan</li> <li>▪ Pre-eklamsi dan eklamsi</li> <li>▪ Infeksi</li> <li>▪ Persalinan lama</li> <li>▪ Abortus</li> </ul>

Jika pelayanan rujukan 24 jam/7 hari tidak tersedia maka penanggung jawab komponen maternal neonatal perlu memastikan adanya petugas kesehatan di puskesmas yang tetap dapat melakukan pelayanan obstetri dasar dan perawatan neonatal melalui bimbingan dan konsultasi ahli melalui konsultasi jarak jauh.

Pada kegawatdaruratan neonatal pasca resusitasi perlu diterapkan prinsip stabilisasi pada bayi baru lahir pasca resusitasi (STABLE) meliputi stabilisasi pernafasan, suhu, sirkulasi, deteksi dini dan atasi hipoglikemia, serta deteksi

risiko infeksi dengan pemeriksaan laboratorium dan komunikasi ke keluarga pasien.

## **2. Memastikan tersedianya sistem rujukan 24 jam/7 hari untuk memfasilitasi transportasi dan komunikasi dari masyarakat ke fasilitas kesehatan dan rumah sakit**

Berdasarkan hasil pemetaan fasilitas kesehatan, akan disusun sistem rujukan untuk kegawatdaruratan maternal dan neonatal. Sistem rujukan yang berfungsi 24 jam/7 hari sangat penting untuk mengatasi salah satu faktor keterlambatan yang menyebabkan terjadinya kematian ibu, yaitu terlambat mencapai fasilitas kesehatan rujukan.

Langkah-langkah yang dilakukan dalam menyusun sistem rujukan:

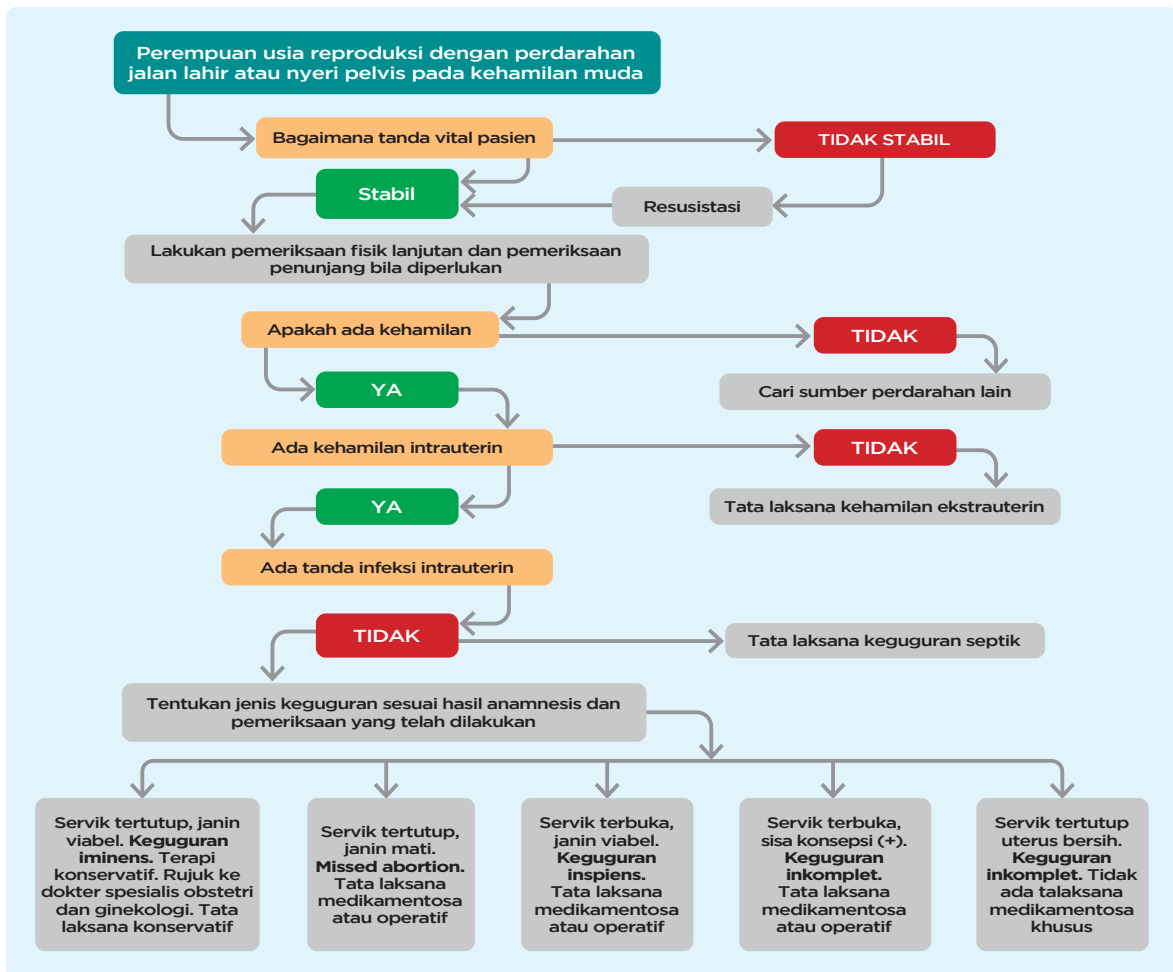
1. Menyusun SOP atau protokol yang harus diikuti oleh puskesmas dan rumah sakit untuk memastikan rujukan yang efisien. SOP dan protokol ini dilengkapi dengan informasi tentang fasilitas rujukan beserta nomor telepon penting yang dapat dihubungi (nomor telepon ruang UGD, nomor telepon kamar bersalin, bank darah RS dll).
2. Mengetahui jarak dari lokasi masyarakat yang terdampak ke fasilitas kesehatan dan ke rumah sakit yang berfungsi, termasuk kondisi jalan, waktu tempuh dan alat transportasi yang digunakan.
3. Di setiap fasilitas kesehatan (termasuk di tenda kesehatan reproduksi) tersedia SOP yang menjelaskan kapan, kemana dan bagaimana merujuk pasien dengan komplikasi kebidanan dan neonatal ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi.
4. Memberikan informasi kepada masyarakat tentang tanda bahaya dalam kehamilan dan persalinan dan kapan harus pergi ke fasilitas kesehatan untuk mendapatkan pertolongan. Bila memungkinkan, informasi juga diberikan dalam bahasa setempat agar mudah dipahami dan diberikan di tempat-tempat strategis untuk dapat diketahui oleh banyak orang.

## **3. Memastikan tersedianya layanan asuhan pascakeguguran di puskesmas dan rumah sakit**

Pada situasi krisis kesehatan akan terjadi peningkatan risiko terjadinya keguguran khususnya pada kehamilan trimester pertama. Hal ini dikarenakan situasi yang kacau pada saat terjadinya bencana karena harus menyelamatkan diri ke tempat yang lebih aman, pada saat proses evakuasi, proses mengungsi maupun pada saat tinggal di tempat pengungsian yang kurang memadai. Berdasarkan analisis determinan kematian ibu yang dilakukan pada tahun 2012 oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan, diketahui bahwa 4 % kasus kematian ibu terjadi pada kehamilan kurang dari 20 minggu yang disebabkan oleh abortus/keguguran. Oleh karena itu, asuhan pascakeguguran menjadi salah satu pelayanan penyelamatan nyawa yang merupakan bagian dari

PPAM di bawah komponen kesehatan maternal dan neonatal. Keguguran (abortus) diartikan sebagai berakhirnya kehamilan sebelum janin mampu hidup, yaitu ketika usia kehamilan belum mencapai 20 minggu atau berat janin.

Asuhan pascakeguguran adalah serangkaian intervensi yang dirancang untuk menangani seorang perempuan setelah mengalami keguguran, baik spontan maupun diinduksi. Asuhan pascakeguguran merupakan intervensi penting dalam menyelamatkan nyawa perempuan, serta menurunkan angka kematian maupun kesakitan ibu, termasuk pada situasi krisis kesehatan.



Asuhan pascakeguguran yang komprehensif terdiri dari beberapa elemen untuk membantu perempuan memenuhi hak seksual dan reproduksinya, yaitu:

- Konseling untuk mengidentifikasi dan menjawab kebutuhan fisik dan emosional perempuan serta kekhawatiran lainnya.
- Tata laksana medis untuk mengatasi atau mencegah terjadinya komplikasi yang mengancam jiwa, termasuk tata laksana kegawatdaruratan, pencegahan infeksi, evakuasi hasil konsepsi, manajemen nyeri, dan tata laksana komplikasi.
- Rujukan ke pelayanan kesehatan reproduksi atau layanan kesehatan lain yang dibutuhkan, baik itu di dalam maupun di luar fasilitas

kesehatan. Rujukan diperlukan bila ada tanda atau gejala komplikasi yang tidak dapat ditangani di fasilitas kesehatan tersebut) dengan segera, serta melakukan berbagai prosedur dan tata laksana yang diperlukan sebelum merujuk.

- d. Layanan kontrasepsi atau KB untuk membantu perempuan merencanakan dan mengatur kehamilannya.
- e. Kemitraan dengan masyarakat dan penyedia layanan lain untuk mencegah terjadinya kehamilan yang tidak direncanakan, menjamin tersedianya layanan asuhan pascakeguguran yang berkualitas, menggerakkan sumber daya untuk memastikan perempuan mendapatkan asuhan pascakeguguran tepat waktu, dan memastikan bahwa layanan yang tersedia telah memenuhi kebutuhan dan harapan masyarakat.

Kasus keguguran yang memerlukan rujukan:

1. Perempuan yang mengalami keguguran dengan komplikasi berat seperti perdarahan atau demam tinggi (infeksi berat) memerlukan rujukan ke rumah sakit yang memiliki perlengkapan dan fasilitas lengkap.
2. Perempuan yang mengalami keguguran akibat komplikasi seperti darah tinggi atau diabetes melitus memerlukan rujukan ke rumah sakit yang lebih lengkap.
3. Perempuan yang mengalami keguguran dan ditemukan tanda kanker leher rahim memerlukan rujukan ke rumah sakit yang memiliki layanan kesehatan reproduksi lengkap.

Dari 5 elemen asuhan pascakeguguran komprehensif di atas, pada situasi krisis kesehatan pelayanan prioritas yang diberikan adalah untuk penyelamatan nyawa seperti tata laksana medis dan rujukan bila ada komplikasi.

Asuhan pascakeguguran dimulai dengan melakukan penilaian cepat untuk mengidentifikasi masalah kegawatdaruratan, melakukan tata laksana awal, dan melakukan rujukan apabila masalah tidak dapat ditangani dengan rincian berikut:

**Mengidentifikasi masalah kegawatdaruratan**, misalnya

- perdarahan,
- syok,
- penurunan kesadaran,
- nyeri perut berat atau tampak sakit berat,
- kesulitan bernafas, dan
- demam tinggi;

### **Melakukan tata laksana awal kegawatdaruratan, misalnya**

- menjamin kelancaran jalan nafas, pemulihan sistem respirasi dan sirkulasi,
- mengganti cairan tubuh yang hilang dengan pemberian cairan intravena,
- menghentikan sumber pendarahan atau infeksi (dengan antibiotika),
- mempertahankan suhu tubuh, dan
- mengatasi rasa nyeri atau gelisah;

### **Melakukan rujukan apabila diperlukan:**

- rujukan pada kasus keguguran diperlukan bila suatu fasilitas kesehatan tidak memiliki kapasitas untuk memberikan layanan yang dibutuhkan oleh pasien, baik itu layanan medis maupun non medis;
- tenaga kesehatan harus mampu mengenali kondisi pasien yang membutuhkan rujukan segera serta melakukan berbagai prosedur dan tata laksana yang diperlukan sebelum merujuk; dan
- pasien yang akan dirujuk harus sudah diperiksa, dan dilakukan upaya stabilisasi seoptimal mungkin, kemudian didampingi oleh tenaga kesehatan menuju fasilitas kesehatan yang lebih tinggi.

Rujukan harus memenuhi syarat berikut:

- Hasil pemeriksaan pertama sudah dapat dipastikan tidak mampu diatasi secara tuntas di fasilitas kesehatan yang merujuk, karena keterbatasan kompetensi ataupun keterbatasan sarana atau prasarana;
- Memerlukan pemeriksaan penunjang medis yang lebih lengkap, yang mana pemeriksaan harus disertai pasien yang bersangkutan;
- Apabila telah diobati atau dirawat, ternyata masih memerlukan pemeriksaan, pengobatan, dan atau perawatan di fasilitas kesehatan rujukan yang lebih mampu, untuk dapat menyelesaikan masalah kesehatannya.
- Pada kasus keguguran, tenaga kesehatan harus mengidentifikasi kebutuhan pasien selain tata laksana medis untuk evakuasi hasil konsepsi dan merujuk ke tempat yang tepat, misalnya
- Konseling dan pemeriksaan IMS/HIV (tersedia di puskesmas atau rumah sakit rujukan ODHIV)
- Layanan psikologis atau sosial (tersedia di puskesmas dan rumah sakit dengan dokter spesialis kesehatan jiwa)
- Bantuan hukum untuk kasus kekerasan (tersedia di rumah sakit, P2TP2A, dan atau Unit Pelayanan Perempuan dan Anak (UPPPA) Polri di Polres kabupaten atau kota, atau layanan medis lainnya.

#### 4. Pendataan dan pemetaan ibu hamil, ibu pascapersalinan dan bayi baru lahir di tempat-tempat pengungsian

Pendataan dan pemetaan ibu hamil, pascapersalinan dan bayi baru lahir merupakan rangkaian kegiatan pengumpulan data dan informasi yang dilakukan oleh anggota subkluster kesehatan reproduksi khususnya penanggung jawab komponen maternal dan neonatal. Informasi tentang jumlah dan lokasinya sangat diperlukan untuk memudahkan dalam penjangkauan pelayanan kesehatan dan pemantauan.

Beberapa langkah yang dilakukan dalam pendataan dan pemetaan ibu hamil dan pascapersalinan.

- Jika pada tahap awal krisis kesehatan data ibu hamil diperoleh dari data estimasi statistik, maka pada tahap selanjutnya data riil ibu hamil di lokasi pengungsian harus dikumpulkan beserta data perkiraan taksiran persalinan dengan menggunakan kantong persalinan untuk mengidentifikasi ibu hamil yang akan melahirkan dalam waktu dekat dan dengan membuat peta lokasi ibu hamil di tempat pengungsian dan dilengkapi juga dengan data ibu pascapersalinan dan bayi baru lahir.
- Siapkan peta daerah setempat dan menandai lokasi dan jumlah sasaran ibu hamil, ibu pascapersalinan dan bayi baru lahir.
- Lakukan pencatatan ulang di lokasi terdampak dan pengungsian dengan pengambilan data primer berdasarkan data aktual di lapangan. Gunakan format wawancara ibu hamil dan format wawancara ibu pascapersalinan.
- Pemetaan dilakukan untuk perencanaan dan respon cepat dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi di lapangan.
- Contoh pemetaan ibu hamil di pengungsian dan pendataan dengan menggunakan kantong persalinan:



Pemetaan ibu hamil di lokasi pengungsian, Sulawesi Tengah, 2018

## 5. Memastikan petugas dapat menjangkau ibu hamil dan ditempatkan di dalam satu tempat

Penempatan ibu hamil dan bayi baru lahir di pengungsian menjadi penting karena terdapat kondisi yang berkaitan dengan kehamilan dan persalinan, misalnya hiperemesis, risiko keguguran, ketuban pecah dini dan pada bayi baru lahir dapat mengalami infeksi yang didapat dari lingkungan. Penjangkauan dilakukan untuk memudahkan tenaga kesehatan memberikan pelayanan secara maksimal dan memudahkan dalam pemantauan kesehatan. Berikut adalah kegiatan yang dapat dilakukan untuk menjangkau ibu hamil:

- Penanggung jawab kesehatan reproduksi perlu memastikan bahwa ibu yang hamil pada trimester ketiga dan/atau yang memiliki risiko tinggi pada dikelompokkan di satu tempat yang berada dekat dengan lokasi pelayanan kesehatan.
- Menyiapkan alat transportasi yang dapat digunakan sewaktu waktu untuk melakukan rujukan apabila terjadi kegawatdaruratan maternal neonatal.
- Menyediakan fasilitas yang mendukung kesehatan dengan memperhatikan keamanan serta kenyamanan sarana dan prasarana di dalam tempat pengungsian bagi ibu hamil dan bayi baru lahir (kecukupan air bersih, suhu ideal, sirkulasi udara yang baik, privasi yang terjaga, situasi yang kondusif bagi psikis ibu hamil, dll).
- Ibu hamil pada trimester ketiga diberi *kit* individu ibu hamil. Penjangkauan ibu hamil dan bayi baru lahir di dalam pengungsian dapat memudahkan pemberian pelayanan yang tepat dalam penanganan masalah kesehatan ibu hamil tersebut.

**Selain melakukan langkah-langkah prioritas untuk penyelamatan nyawa, berikut adalah hal-hal yang selanjutnya harus dilakukan:**

### 1) Memastikan petugas kesehatan memberikan pelayanan sesuai dengan standar kepada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas dan bayi baru lahir

- a. Melakukan supervisi fasilitatif kepada petugas yang memberikan pelayanan kesehatan reproduksi
- b. Pendistribusian buku KIA

Buku kesehatan ibu dan anak (Buku KIA) berisi catatan kesehatan ibu (hamil, bersalin dan nifas) dan anak (bayi baru lahir, sampai anak usia 59 bulan) serta berbagai informasi cara memelihara dan merawat kesehatan ibu dan anak. Buku KIA dibaca dan dipahami oleh ibu, suami dan anggota keluarga lain.



Penanggung jawab komponen maternal neonatal harus memastikan:

- Setiap ibu hamil memiliki Buku KIA.
- Ibu yang memiliki anak kembar mendapatkan tambahan buku KIA
- Buku KIA selalu dibawa pada saat ibu hamil, bersalin dan ibu nifas serta anak berkunjung ke fasilitas pelayanan kesehatan. Buku KIA tersedia dan dapat diakses di pos kesehatan.



## 2) Berkoordinasi dengan penanggung jawab bidang gizi untuk ketersediaan konselor ASI di pengungsian dan memastikan gizi yang cukup bagi kelompok rentan khususnya ibu hamil dan menyusui, bayi dan balita

Ibu pascabersalin di pengungsian tetap dianjurkan untuk memberikan ASI secara eksklusif. Pada kondisi lingkungan yang kurang mendukung, ibu mungkin tidak dapat memberikan ASI secara optimal sehingga keberadaan tenaga konselor ASI di pengungsian mungkin diperlukan. Konselor ASI tidak terbatas pada tenaga kesehatan saja tetapi dapat juga masyarakat yang sudah mengikuti pelatihan konselor ASI. Suami dan keluarga diharapkan dapat mendukung ibu untuk memberikan ASI. Konselor ASI akan memberikan informasi, memotivasi dan mengedukasi ibu dan keluarga agar tetap memberikan ASI secara eksklusif kepada bayi di pengungsian.

Subklaster kesehatan reproduksi berkoordinasi dengan subklaster gizi untuk:

- a. Penyediaan tenaga konselor ASI bila dibutuhkan
- b. Menyiapkan pelaksanaan konseling ASI dilakukan berkelompok atau secara individu, disesuaikan dengan kondisi pengungsian dan jumlah ibu yang akan dikonseling
- c. Menyusun jadwal, waktu dan tempat pelaksanaan konseling ASI
- d. Gizi yang cukup dan baik harus dipenuhi untuk kelompok rentan khususnya ibu hamil dan menyusui. Ibu hamil dan menyusui dianjurkan untuk konsumsi beragam makanan dengan pola gizi seimbang dan proporsional.

Penanggung jawab komponen maternal neonatal perlu memastikan:

- a. Kecukupan gizi bagi kelompok rentan terutama ibu hamil dan menyusui dengan cara berkoordinasi dengan koordinator subklaster gizi dan klaster perlindungan dan pengungsian untuk menyediakan makanan yang sesuai dengan pola gizi seimbang
- b. Pengolahan makanan dilakukan secara higienis dan mempertimbangkan ketersediaan bahan pangan lokal

- c. Penggunaan buku KIA untuk pemantauan kecukupan gizi
- d. Pelayanan kesehatan diberikan PMT ibu hamil dan ibu menyusui, PMT balita dan remaja.

Apabila didapatkan ibu hamil dengan permasalahan gizi, penanggung jawab komponen maternal neonatal dapat berkoordinasi dengan subklaster gizi.

## **VII. PERAN BIDAN DALAM Mendukung Komponen Pencegahan Kesakitan dan Kematian Maternal dan Neonatal:**

Bidan mempunyai peran sangat penting dalam pelayanan kesehatan maternal, neonatal, dan kesehatan reproduksi perempuan di Indonesia. Hal ini terlihat dari data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013 yang menunjukkan 87% perempuan hamil memilih bidan untuk memeriksa kehamilan mereka, dan lebih dari 50% diantaranya memilih tempat praktik mandiri bidan (TPMB). Selain itu, dari 83% persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan, sebanyak 63% di antaranya ditolong oleh TPMB. Sebanyak 76,6% perempuan memilih mendapatkan pelayanan KB dari bidan. Dari 66% penggunaan KB pascapersalinan, sekitar 54,6% di antaranya dilayani oleh TPMB.

- a. Melakukan pendataan ibu hamil di tempat pengungsian dengan informasi perkiraan taksiran persalinan dengan menggunakan kantong persalinan dan mengidentifikasi ibu hamil yang akan melahirkan dalam waktu dekat dan dengan membuat peta lokasi ibu hamil di tempat pengungsian dan dilengkapi juga dengan data ibu pascapersalinan dan bayi baru lahir.
- b. Memberikan pertolongan persalinan di tempat pengungsian
- c. Mengidentifikasi komplikasi yang terjadi saat kehamilan dan persalinan dan melakukan tindakan stabilisasi prarujukan dan merujuk ke fasilitas yang dapat memberikan PONEK dan PONEK.
- d. Melakukan tindakan stabilisasi/prarujukan untuk asuhan pascakeguguran.
- e. Mengumpulkan dan melaporkan data cakupan pelayanan kesehatan maternal dan neonatal.
- f. Memonitor ketersediaan logistik untuk pelayanan kesehatan maternal dan neonatal dan mengajukan permohonan untuk memenuhi kebutuhan alat kesehatan, obat-obatan dan bahan habis pakai.
- g. Bidan mengidentifikasi permasalahan yang dihadapi di dalam penyediaan pelayanan maternal dan neonatal dan melaporkan ke puskesmas/ dinas kesehatan untuk mencari jalan keluar melalui subklaster kespro.

## VIII. PERBEDAAN PELAYANAN KESEHATAN MATERNAL DAN NEONATAL SEBAGAI BAGIAN DARI PPAM DAN PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI

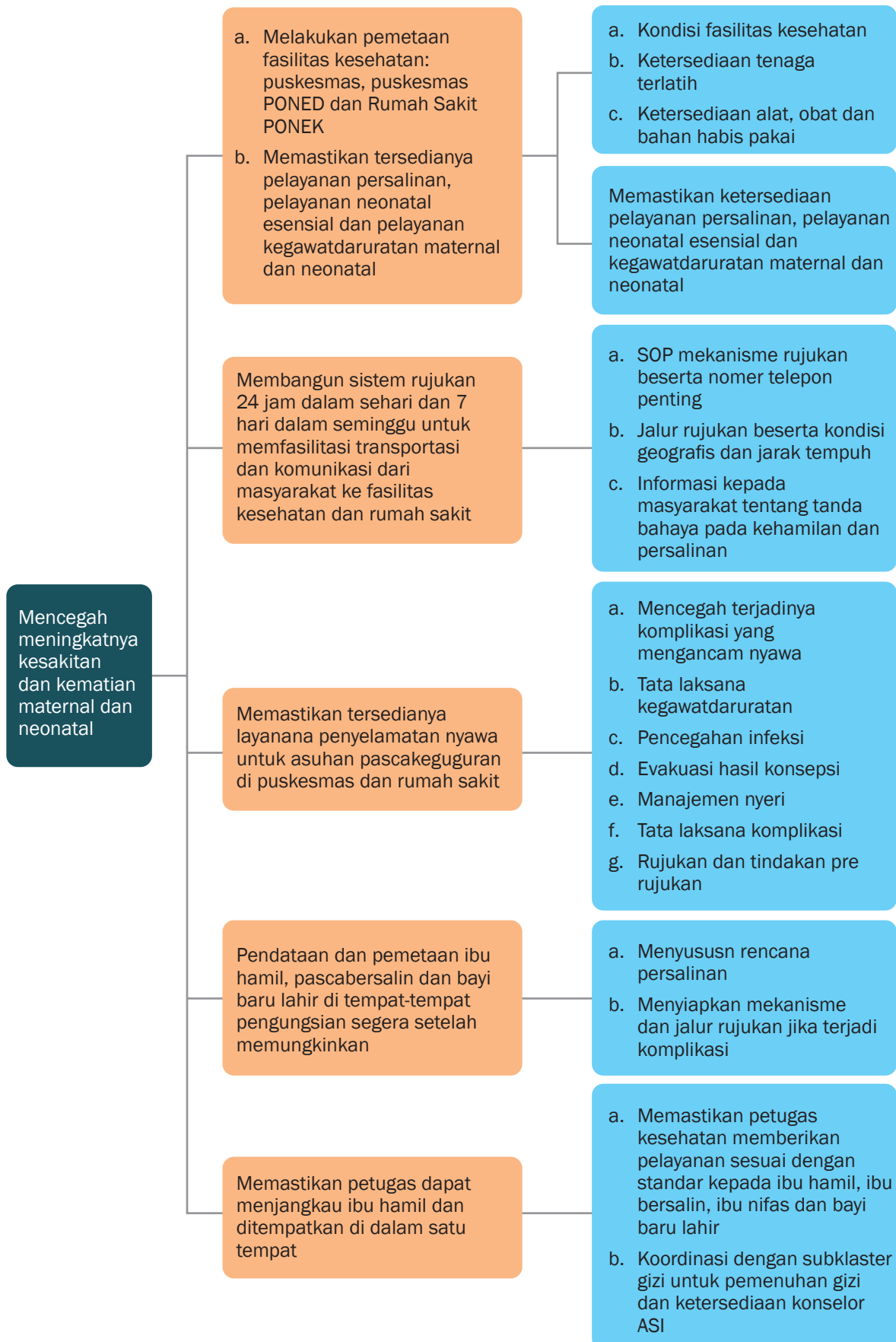
Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal (PPAM)	Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal (Kesehatan reproduksi komprehensif)
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memastikan tersedianya persalinan yang aman pada tanggap darurat krisis kesehatan</li> <li>2. Memastikan ketersediaan dan akses pelayanan PONED dan PONEK</li> <li>3. Memastikan tersedianya layanan penyelamatan nyawa untuk asuhan pascakeguguran (APK) di puskesmas dan rumah sakit</li> <li>4. Memastikan ketersediaan alat, obat dan bahan untuk pertolongan persalinan dan pelayanan bayi baru lahir</li> <li>5. Memastikan ketersediaan gizi bagi ibu hamil, menyusui dan dukungan konselor ASI untuk memastikan keberlanjutan pemberian ASI</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan semua komponen pelayanan kesehatan maternal dan neonatal: Antenatal Care (ANC), pertolongan persalinan dan Post Natal Care (PNC)</li> <li>2. Memastikan ketersediaan dan akses ke pelayanan PONED dan PONEK</li> <li>3. Pelayanan persalinan yang lebih komprehensif di fasilitas kesehatan</li> <li>4. Melakukan pelatihan kegawatdaruratan kebidanan dan neonatal dan perawatan bayi baru lahir</li> <li>5. Peningkatan akses ke pelayanan dengan mengatasi 3 terlambat:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Terlambat mengambil keputusan, sehingga terlambat untuk mendapat penanganan.</li> <li>b. Terlambat sampai ke tempat rujukan karena kendala transportasi.</li> <li>c. Terlambat mendapat penanganan karena terbatasnya sarana dan sumber daya manusia.</li> </ol> </li> </ol>

## IX. INDIKATOR UNTUK MEMONITOR PENCAPAIAN KOMPONEN SEBAGAI BAGIAN DARI MONITORING DAN EVALUASI:

No	Indikator	Ya	Tidak
1	Data pemetaan ibu hamil dan bayi di tempat-tempat pengungsian tersedia		
2	Pemetaan puskesmas PONEK dan rumah sakit PONEK dilakukan. Observasi keadaan bangunan, kondisi geografis, transportasi, peralatan, obat-obatan dan ketersediaan sumber daya manusia.		
3	Ibu hamil dapat dijangkau oleh petugas dengan menempatkan ibu hamil di dalam satu tenda.		
4	Konselor ASI tersedia.		
5	Asuhan pascapersalinan tersedia.		
6	Bidan kit, kit kesehatan reproduksi, individual kit serta buku KIA didistribusikan sesuai dengan kebutuhan.		
7	Pelayanan PONEK dan PONEK dipastikan tersedia.		
8	Pelayanan asuhan pascakeguguran (APK) tersedia.		
9	Koordinasi dilakukan untuk memastikan adanya sistem rujukan dari masyarakat, puskesmas, rumah sakit.		
10	Informasi terpasang dan tersedia tentang prosedur pelayanan kesehatan, yang menyebutkan kapan, di mana dan bagaimana merujuk pasien dengan kondisi kegawatdaruratan maternal ke tingkat pelayanan kesehatan lebih lanjut.		

No	Indikator kuantitatif	Capaian
1	Jumlah ibu hamil di pengungsian	
2	Jumlah ibu hamil yang melakukan ANC	
3	Jumlah ibu hamil yang melahirkan	
4	Jumlah ibu hamil yang melahirkan di fasilitas kesehatan	
5	Jumlah ibu hamil yang mengalami komplikasi	
6	Jumlah ibu yang menerima asuhan pascapersalinan (APK)	
7	Jumlah ibu hamil yang mengalami komplikasi yang ditangani di puskesmas PONEK atau rumah sakit PONEK	
8	Jumlah kasus kematian ibu dan bayi baru lahir	
9	Jumlah fasilitas pelayanan kesehatan yang bisa memberi pelayanan PONEK dan PONEK di lokasi pengungsian	

## X. DIAGRAM ALUR (MIND MAPPING) PENCEGAHAN KESAKITAN DAN KEMATIAN MATERNAL DAN NEONATAL



## XI. RANGKUMAN

1. Pada situasi krisis kesehatan, kesehatan maternal dan neonatal merupakan komponen yang sangat penting untuk mencegah kesakitan dan kematian penduduk yang terkena dampak bencana.
2. Komponen kesehatan maternal dan neonatal, diprioritaskan pada pertolongan persalinan karena komplikasi dan kematian banyak terjadi selama proses persalinan.
3. Tindakan yang harus dilakukan sebagian bagian dari PPAM adalah:
  - a. Pendataan dan pemetaan ibu hamil, pascabersalin dan bayi baru lahir di tempat-tempat pengungsian.
  - b. Memastikan petugas dapat menjangkau ibu hamil dan ditempatkan di dalam satu tempat.
  - c. Melakukan pemetaan fasilitas kesehatan: puskesmas, puskesmas PONED dan rumah sakit PONEK dan memastikan tersedianya pelayanan persalinan, pelayanan neonatal esensial dan pelayanan kegawatdaruratan maternal dan neonatal.
  - d. Membangun sistem rujukan 24 jam dalam sehari dan 7 hari dalam seminggu untuk memfasilitasi transportasi dan komunikasi dari masyarakat ke fasilitas kesehatan dan rumah sakit.
  - e. Memastikan tersedianya layanan penyelamatan nyawa untuk asuhan pascakeguguran di puskesmas dan rumah sakit .
  - f. Memastikan petugas kesehatan memberikan pelayanan sesuai dengan standar kepada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas dan bayi baru lahir.
  - g. Berkoordinasi dengan penanggung jawab bidang gizi untuk ketersediaan konselor ASI di pengungsian dan memastikan gizi yang cukup bagi kelompok rentan khususnya ibu hamil dan menyusui, bayi dan balita.

## XII. DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian Kesehatan, 2021, Pedoman operasional implementasi Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi pada Krisis Kesehatan.
2. Kementerian Kesehatan, 2020, Pedoman Nasional Asuhan Pascakeguguran (APK) Komprehensif
3. Knowledge hub Kesehatan Reproduksi Indonesia, Fakultas Kesehatan Masyarakat (FKM) Universitas Indonesia, 2020, Pelatihan Pelayanan Kesehatan Reproduksi pada Masa Pandemi COVID-19 bagi Praktisi Bidan.

### XIII. LAMPIRAN

1. Latihan 1: Kesehatan Maternal dan Neonatal – Perawatan Segera Bayi Baru Lahir
2. Latihan 2: Kesehatan Maternal Neonatal - Kualitas Pelayanan dalam Kesehatan Maternal dan Neonatal

#### Lampiran 1

##### Latihan ke-1

#### KESEHATAN MATERNAL dan NEONATAL – PERAWATAN SEGERA BAYI BARU LAHIR

*Lembar kerja peserta*

##### a. **Demonstrasi dan praktik perawatan segera bayi bayi baru lahir dengan menggunakan Bidan Kit**

##### **Langkah-langkah perawatan segera bayi baru lahir**

1. Pastikan bahwa penolong memakai sarung tangan atau sudah mencuci tangan dengan sabun sebelum menolong persalinan
2. Jaga agar ruang persalinan tetap hangat
3. Keringkan bayi, singkirkan kain yang basah dan bungkus bayi dengan kain yang kering dan hangat. Beri tutup kepala. Tunda memandikan bayi sampai setidaknya 6 jam.
4. Jepit tali pusat menggunakan alat yang bersih (lebih baik bila steril) untuk memotong tali pusat (kira-kira sepanjang 3 jari dari pangkal tali pusat)
5. Jaga agar bayi tetap bersama ibunya untuk memastikan tetap hangat dan sering menyusui
6. Bantu ibu dengan proses menyusui pertama kali (dalam 1 jam setelah kelahiran)
7. Bersihkan mata bayi segera, dan berikan salep mata
8. Beri perhatian untuk sering mencuci tangan bagi orang yang menangani bayi
9. Kontak kulit ke kulit, termasuk inisiasi menyusu dini, ASI eksklusif dan dukungan medis, emosional, psikologis dan fisik untuk ibu dan bayi tanpa memisahkan mereka.
10. Jika bayi prematur dan/atau bayi kecil, lakukan metode Kangguru:
  - Mendekap bayi agar kulit bayi bersentuhan langsung dengan pendekapnya
  - Posisi bayi telungkup dada ketemu dada diantara kedua payudara, kepala bayi menoleh ke satu sisi, mata bayi dapat saling kontak dengan ibu dan kaki bayi berposisi seperti kaki kodok
  - Metode kangguru bisa dilakukan dalam posisi ibu tidur dan istirahat
  - Metode kangguru ini dapat dilakukan pada ibu, bapak atau anggota keluarga yang dewasa lainnya
  - Metode kangguru bisa dilakukan sambil bekerja, juga untuk rujukan

### Perawatan pascabersalin lanjutan

- a. Jaga agar bayi bersama ibunya
- b. bersihkan tali pusat dengan air bersih dan jaga agar tetap kering. Jangan menutup tali pusat dengan plester atau kain.
- c. Beritahu ibu tentang tanda bahaya pada bayi baru lahir:
  - Tidak mau menyusu atau memuntahkan semua yang diminum
  - tanda infeksi berat
  - Bayi kejang
  - Bayi lemah, bergerak hanya jika dipegang
  - Sesak nafas ( $\geq 60$  kali/menit)
  - Bayi merintih - tanda sakit berat
  - Pusar kemerahan sampai dinding perut
  - Demam atau tubuh teraba dingin
  - Mata bayi bernanah banyak
  - Bayi diare, mata cekung, tidak sadar, jika kulit perut dicubit akan kembali lambat
  - dehidrasi berat
  - Kulit bayi terlihat kuning pada  $< 24$  jam setelah lahir atau lebih dari 14 hari atau kuning sampai telapak tangan dan kaki
  - Buang air besar/tinja berwarna pucat.

#### **SEGERA BAWA KE DOKTER/BIDAN/PERAWAT JIKA MENEMUKAN SATU ATAU LEBIH TANDA BAHAYA PADA BAYI!!**

- Bawa bayi ke pusat kesehatan pada sesegera mungkin sesuai kondisi untuk imunisasi.
- Nasehati ibu untuk tidak memberikan apa-apa kecuali ASI untuk 6 bulan pertama dan meneruskan menyusui sampai usia 2 tahun atau lebih lama.



## Lampiran 2:

### Latihan 2

#### KESEHATAN MATERNAL NEONATAL KUALITAS PELAYANAN DALAM KESEHATAN MATERNAL DAN NEONATAL

*Lembar Kerja Peserta*

- Praktik: Cocokkan alat atau obat (atau gambar alat atau obat) yang ada di meja dengan indikasi medis yang ada pada lembar kerja.**

Supplies/ Peralatan	Indikasi Medis
Manset tekanan darah Strip uji protein urin Magnesium Sulfate, injeksi, 10 ml Calcium Gluconate, injeksi, 10 ml, 100 mg/ml <b>Apa yang tidak ada?</b>	
Oxytocin, 10 IU/ml <b>Isu logistik apa yang harus dipikirkan?</b>	
Cairan intravena (saline 0.9%, plasma expander)	
Tetracycline salep mata	
Extractor Vakum Kiwi cup	
Amoxicillin 250 mg, tablets Metronidazole 250 mg, tablets Thermometer	
Ferrous sulfat 200 mg dan asam folat 25 mg	
Sarung tangan ginekologis panjang	

- Fasilitasi diskusi kelompok, dengan menggunakan informasi berikut ini:**

- Apa saja elemen dari kualitas pelayanan?
- Apa saja Indikator kualitas dalam pelayanan kesehatan maternal dan neonatal?
- Apa kaitan antara kualitas layanan dengan "3 terlambat"?

- d. Apakah tantangan dalam memastikan kualitas pelayanan kesehatan maternal neonatal pada fasilitas kesehatan rujukan anda?
- e. Pelatihan apa saja yang dibutuhkan oleh tenaga kesehatan terkait kualitas pelayanan?
- f. Bagaimana memastikan agar kebutuhan pelatihan yang sudah diidentifikasi tsb terpenuhi?

**Catatan:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



## Latihan ke-2

### KESEHATAN MATERNAL NEONATAL KUALITAS LAYANAN DALAM KESEHATAN MATERNAL dan NEONATAL

*Lembar kerja peserta*

Supplies/ Peralatan	Indikasi Medis
Manset tekanan darah Strip uji protein urin Magnesium Sulfate, injeksi, 10 ml Calcium Gluconate, injeksi, 10 ml, 100 mg/ml  <b>Apa yang tidak ada?</b> <i>Jawaban 'Diazepam vials'. Diazepam 5 mg/ml, 2 ml, tidak dimasukkan karena syarat ijin import. Obat ini harus dibeli secara lokal</i>	Pre-eclampsia/eclampsia (hipertensi dalam kehamilan, menyebabkan pusing, gangguan penglihatan, pembengkakan pada badan, nyeri perut dan mengakibatkan kejang dan kematian)
Oxytocin, 10 IU/ml  <b>Isu logistik apa yang harus dipikirkan?</b> <i>Cold Chain/rantai dingin</i>	Pencegahan/pengobatan dari perdarahan post partum/Postpartum Hemorrhage (PPH)
Intravenous fluids (saline 0.9%, plasma expander)	PPH
Tetracycline salep mata	Pencegahan/pengobatan dari Ophthalmia Neonatorum
Vacuum extractor Kiwi cup	Persalinan memanjang/prolonged labor
Amoxicillin 250 mg, tablets Metronidazole 250 mg, tablets Thermomete	Endometritis (infeksi pada rahim)
Ferrous sulfate 200 mg dan asam folat 25 mg	Anemia
Sarung tangan ginekologis panjang	Plasenta manual

Elemen dari kualitas pelayanan meliputi:

- Ketersediaan** (layanan tersedia dan tidak ada halangan hukum, prosedur atau logistic yang membatasi ketersediaanya)
- Akses terhadap layanan** (layanan dapat dijangkau, nyaman dan client diperlakukan dengan hormat dan dihargai )
- Penerimaan:** layanan dapat diterima secara sosial budaya oleh masyarakat dengan menghormati keinginan dari client

- d. **Pengorganisasian layanan** — layanan Kespro dan seksual yang terintegrasi dengan layanan kesehatan primer, sistem rujukan dan tersedianya pelayanan yang berkesinambungan
- e. **Kompetensi teknis** — jumlah staf yang memadai dan berkualitas, adanya standar dan protokol pelayanan maupun mekanisme supervisi.
- f. **Fasilitas dan peralatan** – tersedianya alat, obat dan logistic dengan teknologi yang memadai
- g. **Hak-hak client** — harus memperhatikan privacy; kerahasiaan; informed consent; menghormati dan menjamin keselamatan client

Kualitas harus diukur dari sudut pengelola, pemberi layanan, dan client atau masyarakat

**Contoh indikator layanan yang berkualitas:**

- % dari fasilitas yang memiliki bangunan fisik yang memadai dengan ketersediaan alat dan bahan yang cukup. Dapat dinilai dengan memakai daftar tilik saat melakukan supervisi rutin setiap 3 bulan.
- % dari petugas Kesehatan yang mematuhi protokol klinis/teknis, petugas yang memberi informasi dengan memakai media KIE.
- Dapat diobservasi dengan menggunakan daftar tilik saat melakukan supervisi
- % dari klien yang merasa puas dengan layanan yang diberikan karena merasa dihormati, diperlakukan dengan ramah dan sopan dan mendapatkan informasi yang dibutuhkan.
- Informasi dapat diperoleh dari: *exit interview* (wawancara saat keluar dari tempat layanan)

# MATERI 6

## MENCEGAH KEHAMILAN YANG TIDAK DIRENCANAKAN



## I. DESKRIPSI SINGKAT

Modul ini membahas tentang pencegahan kehamilan yang tidak direncanakan pada situasi krisis kesehatan yang meliputi pentingnya pelayanan kontrasepsi pada situasi krisis kesehatan untuk mencegah kehamilan yang tidak direncanakan, langkah-langkah pemberian pelayanan kontrasepsi, pelayanan kontrasepsi yang berkualitas, metode kontrasepsi, keterlibatan laki-laki, peran strategis bidan dalam pelayanan kontrasepsi dan perbedaan pelayanan kontrasepsi sebagai bagian dari PPAM dan pelayanan kontrasepsi komprehensif serta indikator untuk pelayanan kontrasepsi sebagai bagian dari monitoring dan evaluasi. Di akhir materi akan dilakukan latihan untuk menghitung perkiraan kebutuhan kontrasepsi.

## II. TUJUAN PEMBELAJARAN

### 1. Hasil belajar

Setelah mempelajari materi ini peserta didik memiliki pengetahuan tentang bagaimana mencegah kehamilan yang tidak direncanakan melalui pelayanan kontrasepsi pada situasi krisis kesehatan .

### 2. Indikator hasil belajar

Setelah mempelajari materi ini peserta didik mampu:

1. Menjelaskan mengapa pelayanan kontrasepsi sangat penting pada situasi krisis kesehatan
2. Menjelaskan tentang langkah-langkah pemberian pelayanan kontrasepsi
3. Menjelaskan tentang kriteria pelayanan kontrasepsi yang berkualitas
4. Menjelaskan tentang berbagai metode kontrasepsi yang dipakai pada situasi krisis kesehatan
5. Menjelaskan tentang keterlibatan laki-laki dalam mendukung pelayanan kontrasepsi
6. Menjelaskan peran strategis bidan dalam memberikan pelayanan kontrasepsi pada situasi krisis kesehatan
7. Menjelaskan perbedaan pelayanan kontrasepsi sebagai bagian dari PPAM dan pelayanan kontrasepsi komprehensif.
8. Menjelaskan tentang indikator pelayanan kontrasepsi sebagai bagian dari monitoring dan evaluasi
9. Melakukan estimasi kebutuhan alat dan obat kontrasepsi (alokon).

## III. POKOK BAHASAN

Dalam modul ini pokok bahasan yang dibahas adalah sebagai berikut:

1. Pentingnya pelayanan kontrasepsi pada situasi krisis kesehatan
2. Langkah-langkah pemberian pelayanan kontrasepsi
3. Kriteria pelayanan kontrasepsi yang berkualitas

4. Berbagai metode kontrasepsi yang dipakai pada situasi krisis kesehatan
5. Keterlibatan laki-laki dalam mendukung pelayanan kontrasepsi
6. Peran strategis bidan dalam memberikan pelayanan kontrasepsi pada situasi krisis kesehatan
7. Perbedaan pelayanan kontrasepsi sebagai bagian dari PPAM dan pelayanan kontrasepsi komprehensif.
8. Menjelaskan tentang indikator pelayanan kontrasepsi sebagai bagian dari monitoring dan evaluasi
9. Melakukan estimasi kebutuhan alat dan obat kontrasepsi (alokon).

#### IV. BAHAN BELAJAR

1. Modul Pencegahan Kehamilan yang Tidak Direncanakan pada Situasi Krisis Kesehatan
2. Laptop
3. LCD
4. Kaset video.
5. Papan *flipchart*/papan tulis.
6. Spidol
7. Skenario kasus.

#### V. LANGKAH-LANGKAH PEMBELAJARAN

Menggunakan pendekatan *student-centered learning*

#### VI. URAIAN MATERI

##### A. Pentingnya pelayanan kontrasepsi pada situasi krisis kesehatan

Pada situasi krisis kesehatan, kebutuhan akan pelayanan kesehatan reproduksi tetap ada dan justru meningkat, termasuk kebutuhan akan pelayanan kontrasepsi. Tidak tersedianya pelayanan kontrasepsi pada situasi krisis kesehatan akibat bencana dapat menyebabkan berbagai konsekuensi berkaitan dengan keluarga berencana dan penularan Infeksi Menular Seksual (IMS)/HIV. Untuk keluarga berencana akan mengakibatkan terjadinya kehamilan yang tidak direncanakan yang biasanya akan berakhir dengan aborsi yang tidak aman dan meningkatnya risiko kesakitan dan kematian terkait kehamilan dan persalinan. Akses terhadap pelayanan kontrasepsi secara sukarela merupakan bagian dari hak asasi manusia dan hak reproduksi dimana setiap individu atau pasangan dapat memutuskan jumlah, jarak maupun waktu untuk memiliki anak.

Pelayanan kontrasepsi sebagai bagian dari PPAM difokuskan pada pencegahan kehamilan yang tidak direncanakan dan diterapkan pada tahap tanggap darurat krisis kesehatan (tahap awal bencana). Pelayanan kontrasepsi difokuskan pada

pasangan usia subur yang sebelum krisis kesehatan sudah menggunakan kontrasepsi agar jangan sampai mengalami putus pakai.

Pelayanan keluarga berencana yang lebih luas dan komprehensif akan diberikan pascakrisis setelah situasi lebih stabil. Lamanya tahap tanggap darurat akan ditetapkan oleh kepala daerah setempat tergantung besarnya skala bencana dan lama waktu yang dibutuhkan untuk penanganan darurat dan dapat diperpanjang sesuai dengan kebutuhan dan situasi di lapangan.

Pelayanan kontrasepsi dapat diberikan secara terpadu dengan komponen PPAM yang lain, seperti pemberian kontrasepsi pascapersalinan atau pascakeguguran di bawah komponen kesehatan maternal dan neonatal, pemberian kondom sebagai bagian dari perlindungan ganda (*dual protection*) dari kehamilan dan IMS dan pemberian kontrasepsi darurat sebagai bagian dari penanganan medis penyintas kekerasan seksual. Pemberian kondom dapat berfungsi sebagai pencegahan kehamilan sekaligus berkontribusi terhadap pencapaian tujuan ke-3 PPAM yaitu mencegah penularan dan mengurangi kesakitan dan kematian karena HIV dan IMS lainnya.



### **Bidan sedang memberikan pelayanan KB Suntik di pos kesehatan reproduksi Pasigala (Palu, Sigi dan Donggala) 2019**

Pelayanan kontrasepsi pada setiap tahapan dari krisis kesehatan akibat bencana sangat penting untuk mencegah terjadinya kehamilan yang tidak direncanakan. Berdasarkan beberapa pengalaman bencana di Indonesia, ada 2 kemungkinan terkait keberlanjutan penggunaan kontrasepsi pada situasi krisis kesehatan:

1. Keinginan untuk terus menggunakan kontrasepsi karena tidak ingin hamil lagi di pengungsian dengan kondisi yang tidak pasti maupun tidak ingin hamil lagi meskipun situasi sudah lebih stabil;



2. Keinginan untuk mempunyai anak lagi untuk menggantikan anak-anak yang meninggal saat bencana. Hal ini terjadi apabila bencana berskala besar seperti bencana gempa dan tsunami di Aceh tahun 2004 dimana banyak keluarga yang kehilangan anggota keluarga. Meskipun ingin punya anak lagi, tetapi kelompok ini tidak ingin hamil pada saat tanggap darurat melainkan merencanakan kehamilan pada saat kondisi sudah lebih stabil dan mendapat kepastian tempat tinggal di masa yang akan datang di hunian sementara (huntara) atau di hunian tetap (huntap).

Meskipun kedua kelompok memiliki keinginan yang berbeda, tetapi keduanya ingin meneruskan penggunaan kontrasepsi dan tidak ingin hamil di situasi pengungsian pada fase awal/tanggap darurat krisis kesehatan. Oleh karena itu, harus dipastikan tersedianya pelayanan kontrasepsi pada tanggap darurat dan pascakrisis kesehatan untuk mencegah kehamilan yang tidak direncanakan. Pasca gempa di Nusa Tenggara Barat di tahun 2018 sudah ada permintaan pelayanan kontrasepsi di minggu pertama pasca bencana dan permintaan pelayanan kontrasepsi mulai muncul di minggu kedua pasca bencana gempa, tsunami dan likuifaksi di provinsi Sulawesi Tengah tahun 2018.

## **B. Langkah-langkah yang dilakukan pada tahap tanggap darurat krisis kesehatan:**

### **1. Memastikan tersedianya alokon jangka pendek dan jangka panjang (*reversible*) yang diawali dengan:**

- a. Melakukan penilaian kebutuhan: keadaan kantor, gudang, alat dan obat kontrasepsi (alokon) dan sumber daya manusia (SDM)
- b. Melakukan pendataan kondisi kampung KB di wilayah yang terdampak bencana
- c. Penyediaan alokon menggunakan stok yang ada (stok maksimal) atau melalui mekanisme permintaan darurat

Langkah-langkah di atas dilakukan oleh BKKBN setempat. Peran bidan adalah memberikan pelayanan kontrasepsi bagi masyarakat yang terdampak krisis kesehatan.

### **2. Menyediakan pelayanan kontrasepsi**

Pada situasi krisis kesehatan pelayanan kontrasepsi dapat diberikan di:

1. Fasilitas kesehatan statik yang masih berfungsi (rumah sakit, puskesmas, pustu dll);
2. Fasilitas kesehatan sementara: tenda kesehatan reproduksi yang didirikan di lokasi pengungsian atau di fasilitas kesehatan yang rusak;



**Pelayanan kontrasepsi diberikan di tenda kesehatan reproduksi yang didirikan di Pasigala (Palu, Sigi, Donggala) tahun 2018, sebagai fasilitas kesehatan sementara.**

### **3. Pelayanan kontrasepsi bergerak: kunjungan rumah atau kunjungan ke lokasi pengungsian; pelayanan melalui muyan KB.**

#### **Pelayanan kontrasepsi berkualitas**

Pelayanan kontrasepsi pada krisis kesehatan yang berkualitas adalah pelayanan yang dapat memenuhi kebutuhan pasangan usia subur yang membutuhkan kontrasepsi lanjutan, pemilihan metode kontrasepsi yang bisa dipilih, prosedur yang aman, pelayanan yang berkesinambungan dan informasi.

Pelayanan kontrasepsi dilakukan pada situasi tanggap darurat krisis kesehatan, harus berkualitas dan sesuai dengan *Standard Operating Procedure* (SOP) yang sudah ditentukan:

1. Melakukan persetujuan tindakan medis (*informed consent*);
2. Memberikan penjelasan agar klien memahami dan mampu membuat keputusan dan menyetujui pelayanan yang diberikan (*informed choice*);
3. Menjamin kerahasiaan (*privacy*);
4. Menghormati hak asasi manusia;
5. Nondiskriminasi: mencakup semua kelompok masyarakat: termasuk kelompok rentan.

## Penyelenggaraan pelayanan kontrasepsi:

### 1. Pra pelayanan:

Hal-hal yang harus dilakukan sebelum pelayanan dilaksanakan adalah sebagai berikut:

- a. Identifikasi calon peserta KB oleh PKB/PLKB;
- b. Konseling klien oleh tenaga kesehatan/tim medis pelayanan kontrasepsi;
- c. Penapisan klien untuk melakukan kajian terhadap kondisi kesehatan klien sehingga dapat disesuaikan dengan metode kontrasepsi yang diinginkan;
- d. Penandatanganan *informed consent*;
- e. Penyiapan alat dan obat kontrasepsi (alokon);
- f. Persiapan tenaga medis pelayanan.

### 2. Pelayanan kontrasepsi

Pelaksanaan pelayanan kontrasepsi pada krisis kesehatan harus sesuai dengan standarisasi pelayanan kontrasepsi yang berlaku, termasuk praktik kewaspadaan standar untuk pencegahan infeksi sesuai prosedur yang ditentukan oleh Kementerian Kesehatan.

### 3. Pasca pelayanan

Dapat dilakukan dengan memberikan:

#### a. **Konseling pasca pelayanan;**

Konseling pasca pelayanan dilakukan untuk memberikan informasi kepada klien tentang perawatan pasca pelayanan, gangguan efek samping atau komplikasi serta waktu untuk melakukan kunjungan ulang pasca pelayanan.

#### b. **Penanganan komplikasi dan efek samping;**

Komplikasi merupakan kumpulan gejala ringan dan gejala berat yang timbul akibat tindakan pelayanan kontrasepsi dan harus segera ditangani dengan memberikan pertolongan pengobatan dan/atau membawa ke tempat pelayanan kesehatan terdekat yang menjadi rujukan.

#### c. **Prosedur penanganan komplikasi;**

Prosedur penanganan komplikasi mengacu pada prosedur penanganan komplikasi dengan mengikuti Peraturan Kepala BKKBN tentang penggerakan pelayanan KB serta ayoman, komplikasi dan kegagalan kontrasepsi.

## Metode kontrasepsi

Penyedia pelayanan kontrasepsi harus mampu menjelaskan karakteristik setiap metode kontrasepsi, cara penggunaan, efektivitas, keamanan dan efek samping. Penyedia pelayanan kontrasepsi harus tahu bagaimana metode tersebut mempengaruhi penularan IMS dan HIV, kecocokan untuk klien yang memiliki kebutuhan khusus (seperti klien dengan AIDS dan ibu menyusui) serta lama waktu antara penghentian metode kontrasepsi dan kembalinya kesuburan. Pastikan bahwa penyedia layanan memiliki pengetahuan untuk semua metode kontrasepsi yang tersedia di tempatnya dan mampu menggunakan informasi itu sesuai dengan tujuan reproduksi dari setiap klien.

### 1) Metode kesuburan

Pemakaian metode kesuburan yang efektif mengharuskan perempuan mengetahui cara mengidentifikasi waktu awal/mulai dan akhir masa subur dalam siklus menstruasinya. Metode ini mencakup metode yang sesuai pada gejala-gejala kesuburan, seperti mengukur suhu tubuh basal atau sekresi serviks harian (metode dua hari) atau metode yang didasarkan pada kalender yang dicatat setiap hari dalam siklus menstruasi (metode hari standar). Pemakaian metode ini mengharuskan adanya kerjasama dari pasangan. Metode kesuburan cocok, khususnya, untuk orang-orang yang tidak ingin menggunakan metode-metode lain, karena alasan medis, alasan keagamaan atau keyakinan pribadi. Penyedia layanan harus memberitahukan kepada pasangan bahwa metode ini tidak melindungi mereka dari IMS, termasuk infeksi HIV, dan karena efektivitasnya yang rendah maka metode ini tidak cocok jika kehamilan merupakan suatu risiko yang tak bisa diterima untuk kesehatan ibu.

### 2) Metode dengan penghalang

Metode kontrasepsi untuk mengatur jarak kehamilan dan jumlah anak dengan cara mencegah sperma secara fisik agar tidak memasuki uterus. Metode kontrasepsi yang paling sering digunakan adalah kondom. Kondom merupakan metode kontrasepsi satu-satunya yang melindungi terhadap kehamilan dan IMS.

Metode kontrasepsi lain seperti spermisida dan diafragma mungkin diminta oleh klien yang sudah biasa dengan metode ini. Spermisida merupakan salah satu dari kontrasepsi yang paling tidak efektif ketika digunakan secara tersendiri. Pemakaian spermisida dalam frekuensi tinggi dapat meningkatkan kemungkinan tertular HIV pada klien-klien berisiko tinggi seperti pekerja seks komersial.

### 3) Kontrasepsi Darurat

Dua metode kontrasepsi darurat yang digunakan adalah:

- Pil kontrasepsi darurat
- IUD tembaga (tidak tersedia pada kondisi situasi darurat bencana)

Pil kontrasepsi darurat dapat mencegah kehamilan yang tidak direncanakan jika digunakan dalam jangka waktu lima hari (120 jam) setelah seks tanpa pelindung. Pada situasi krisis kesehatan, kontrasepsi darurat diprioritaskan untuk diberikan pada penyintas perkosaan/kekerasan seksual. Kontrasepsi darurat harus digunakan sesegera mungkin setelah hubungan seksual tanpa pelindung dilakukan. Paling efektif ketika langsung digunakan tetapi masih bisa efektif ketika digunakan lima hari setelah seks tanpa pelindung.

### **Sediaan Pil Kontrasepsi Darurat**



*Sumber: Buku Pedoman Kontrasepsi Darurat, Kementerian Kesehatan*

Pemakaian kontrasepsi darurat secara periodik mungkin dilakukan, tetapi tidak direkomendasikan sebagai metode kontrasepsi. Meskipun demikian, permintaan kontrasepsi darurat merupakan pintu masuk untuk membahas KB dan melakukan konseling kepada klien mengenai pemakaian kontrasepsi secara terus menerus.

#### **4) Kontrasepsi Pascapersalinan**

Seorang perempuan terlindung dari kehamilan selama periode nifas jika:

- Perempuan tersebut menyusui secara penuh (bayi hanya menerima ASI atau, sesekali, sejumlah vitamin tambahan, air, jus atau nutrisi lain) atau hampir secara penuh (lebih dari tiga perempat konsumsi bayi adalah ASI); dan
- Belum mengalami menstruasi lagi; dan
- Masa nifas belum enam minggu setelah persalinan

Metode ini disebut metode amenore laktasi. Efektivitasnya, sebagai metode yang sering dipakai, adalah dua kehamilan per 100 perempuan pada enam bulan pertama. Setelah persalinan, lakukan konseling kepada perempuan yang menggunakan metode ini untuk juga menggunakan metode kontrasepsi lain ketika mereka mendekati bulan keenam masa nifas atau ketika salah satu dari kriteria di atas berubah.

Klien dapat memulai metode-metode kontrasepsi berikut pada kondisi situasi darurat bencana ini dengan aman:

- **Metode dengan penghalang:** kondom dapat digunakan segera setelah nifas
- **Metode progestogen saja (pil, suntik):** Dapat dimulai enam minggu setelah persalinan untuk ibu menyusui dan segera setelah melahirkan untuk ibu yang tidak menyusui.
- **Metode kombinasi (pil dan suntikan):** dapat dimulai enam bulan setelah persalinan untuk ibu menyusui dan enam minggu setelah melahirkan untuk ibu tidak menyusui.
- **Metode alami (metode hari standar):** dapat dimulai ketika klien telah mengalami siklus menstruasi teratur kembali.

#### 5) Kontrasepsi untuk orang dengan HIV (ODHIV)

Dorong pemakaian kondom untuk semua orang HIV positif dalam upaya melindungi mereka dari IMS dan untuk mencegah penularan HIV kepada pasangan seksualnya. Jika seorang perempuan HIV positif memerlukan perlindungan terhadap kehamilan yang lebih efektif, ia dapat menggunakan sebagian besar metode kontrasepsi lain selain kondom, dengan pertimbangan-pertimbangan sebagai berikut :

1. Jika seorang perempuan sedang mengkonsumsi Rifampisin untuk pengobatan tuberkulosis, ia tidak boleh menggunakan pil KB karena efektivitas kontrasepsi akan berkurang.
2. Spermisida, baik secara tersendiri maupun dalam kombinasi, tidak boleh digunakan untuk perempuan yang tertular HIV atau menderita AIDS.
3. Klien perempuan yang sedang menjalani ARV dan menggunakan metode hormonal disarankan untuk menggunakan kondom juga karena sejumlah obat ARV mengurangi efektivitas metode hormonal.

**Catatan:**

**INTEGRASI MANAJEMEN IMS KE DALAM KB**

- a. Diskusikan IMS dg semua klien pada setiap kunjungan
  - Penilaian risiko
- b. Tanyakan gejala (pada klien atau pasangannya)
  - Terapi dengan pendekatan sindrom
  - Atur terapi untuk pasangan
- c. Skrining IMS jika perlu
  - Dorong proteksi ganda
  - Kondom
  - Metode pilihan plus kondom
- d. Hati-hati menggunakan IUD di daerah dengan prevalensi IMS tinggi
- e. Spermisida tidak digunakan jika ada risiko HIV.

**Keterlibatan laki-laki dalam pelayanan kontrasepsi**

Libatkan laki-laki dalam program KB untuk meningkatkan penerimaan program di dalam masyarakat dan meningkatkan pengakuan terhadap isu-isu kesehatan reproduksi lain seperti pencegahan dan pengobatan IMS dan HIV.

Mempertimbangkan sudut pandang laki-laki dan motivasinya merupakan bagian penting dari kegiatan program.

Kontrasepsi yang digunakan oleh laki-laki memungkinkan mereka untuk berbagi tanggung jawab KB dengan pasangannya. Layanan kontrasepsi mungkin perlu disesuaikan secara spesifik untuk memenuhi kebutuhan klien laki-laki. Aktivitas-aktivitas untuk mendorong keterlibatan laki-laki mencakup konseling pasangan, promosi kondom, waktu khusus untuk laki-laki di fasilitas kesehatan dengan sesi kelompok sebaya dan informasi kesehatan reproduksi di kelompok sosial laki-laki.

Keterlibatan dan dukungan laki-laki (*male involvement*) dapat dilakukan:

1. Keterlibatan dan dukungan laki-laki dalam pembuatan keputusan dan persetujuan dalam penggunaan kontrasepsi dan metode yang dipilih.
2. Mempertimbangkan perspektif dan motivasi laki-laki sebagai bagian yang tidak terpisahkan dari pelaksanaan program keluarga berencana – kesehatan reproduksi (KB-KR).

3. Pelayanan yang dirancang khusus untuk meningkatkan peran serta laki-laki: layanan kontrasepsi khusus untuk laki-laki (kondom laki-laki, vasektomi), konseling bagi pasangan, promosi penggunaan kondom, jadwal pelayanan khusus bagi laki-laki di fasilitas kesehatan, diskusi kelompok sebaya laki-laki, pemberian informasi tentang kesehatan reproduksi bagi kelompok laki-laki yang bisa dilakukan ketika situasi sudah lebih stabil.

Metode Operasi Pria (MOP)/vasektomi sangat dianjurkan ketika situasi sudah mulai stabil pada tahap pascakrisis. Vasektomi adalah tindakan pengikatan dan pemutusan saluran sperma kanan dan kiri sehingga saat ejakulasi cairan mani yang keluar tidak lagi mengandung sperma, maka kehamilan tidak terjadi. Hal ini sangat membantu dan meringankan beban wanita yang menjadi lebih berat selama tinggal di pengungsian dan mengurangi risiko putus KB dan kehamilan yang tidak direncanakan. Vasektomi dapat dilakukan apabila fasilitas mobil unit pelayanan (Muyan) tersedia dan ada tim kesehatan terlatih untuk melakukan vasektomi melalui pelayanan kontrasepsi bergerak.

### **Peran Penyuluh Keluarga Berencana (PKB) dan Petugas Lapangan Keluarga Berencana (PLKB) pada krisis kesehatan**

PKB dan PLKB di tingkat daerah memiliki peran yang sangat penting dalam penggerakan masyarakat untuk pelayanan pada krisis kesehatan. Serangkaian kegiatan berikut dapat dilakukan oleh PKB/PLKB pada tanggap darurat krisis kesehatan sesuai ketersediaan dan kondisi di masing-masing daerah:

- a. Melakukan pendataan dan pembinaan Pasangan Usia Subur (PUS) dan peserta KB di lokasi pengungsian karena ada tambahan PUS dari pengungsi yang datang dari luar wilayah cakupan serta melakukan pencatatan dan pelaporannya;
- b. Memotivasi PUS untuk meneruskan penggunaan kontrasepsi dan memberi informasi tentang lokasi pelayanan kontrasepsi dan pelayanan kesehatan reproduksi di tempat pengungsian melalui KIE perorangan
- c. Memantau ketersediaan alokon di fasilitas kesehatan statis, fasilitas sementara dan pelayanan KB bergerak serta melakukan analisa kebutuhan alokon untuk pelayanan kontrasepsi;
- d. Menggerakkan kader-kader KB yang masih ada di sekitar lokasi pengungsian;
- e. Memberdayakan pengungsi baik laki-laki maupun perempuan untuk menjadi kader KB di pengungsian yang dapat membantu dan menggerakkan PUS untuk mengakses pelayanan kontrasepsi yang tersedia;



- f. Menyusun materi KIE di lokasi krisis bencana serta membuat media KIE secara sederhana/kompleks/massal dan melakukan KIE dengan Mupen;
- g. Melakukan persiapan fasilitasi dan pelaksanaan pelayanan KB kepada peserta KB di lokasi bencana;
- h. Melakukan konseling terhadap penggunaan kontrasepsi;
- i. Melakukan advokasi terhadap mitra dan para stakeholder di lokasi krisis bencana;
- j. Memonitoring dan mengevaluasi pelayanan, penyuluhan, pengembangan atau penggerakan terhadap kegiatan-kegiatan yang dibutuhkan peserta KB di wilayah krisis bencana.

## **VII. PERAN BIDAN DALAM MENCEGAH KEHAMILAN YANG TIDAK DIRENCANAKAN PADA KRISIS KESEHATAN:**

1. Bidan adalah tenaga kesehatan utama yang memberikan pelayanan kontrasepsi pada situasi krisis kesehatan.
2. Bidan harus mengumpulkan data target sasaran pelayanan kontrasepsi terutama untuk memastikan agar tidak terjadi putus pakai. Bidan bekerja sama dengan PKB/PLKB dalam mengidentifikasi target sasaran.
3. Bidan memberikan pelayanan kontrasepsi di fasilitas kesehatan (puskesmas, tenda kesehatan reproduksi) dan pelayanan bergerak termasuk kunjungan rumah.
4. Bidan melakukan monitoring ketersediaan alat dan obat kontrasepsi (alokon) di fasilitas kesehatan tempatnya bertugas dan mengajukan permintaan sesuai kebutuhan.
5. Bidan melakukan pencatatan dan pelaporan untuk cakupan pelayanan kontrasepsi secara rutin.
6. Bidan mengidentifikasi permasalahan yang dihadapi di dalam penyediaan pelayanan kontrasepsi dan melaporkan ke puskesmas/ dinas kesehatan untuk mencari jalan keluar permasalahan.

## VIII. PERBEDAAN LANGKAH-LANGKAH YANG DILAKUKAN SEBAGAI BAGIAN DARI PPAM DAN KESEHATAN REPRODUKSI KOMPREHENSIF

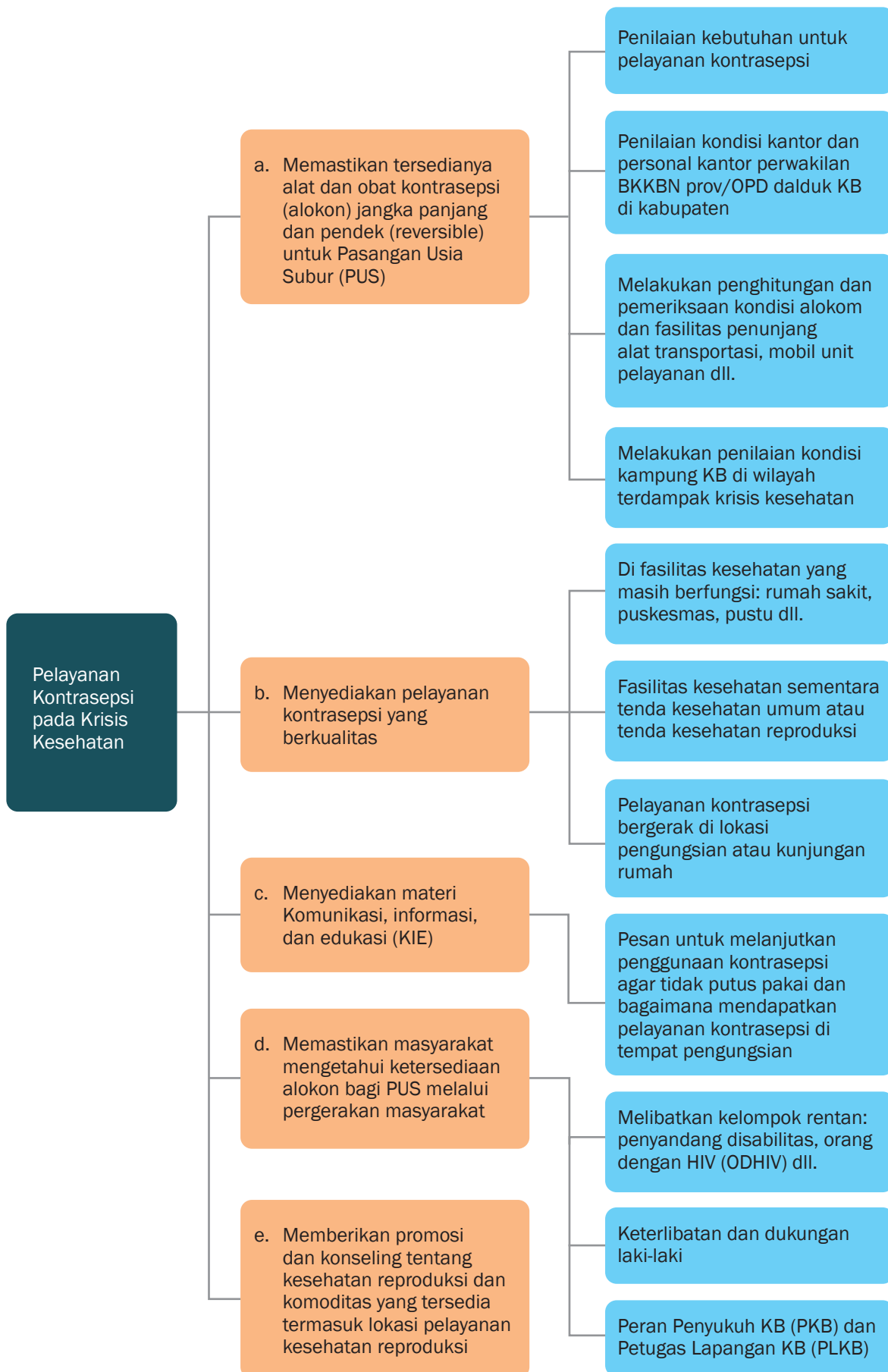
Mencegah kehamilan yang tidak direncanakan (PPAM)	Mencegah kehamilan yang tidak direncanakan (Kesehatan reproduksi komprehensif)
<p>Penyediaan pelayanan kontrasepsi sebagai bagian dari penerapan PPAM:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memastikan tersedianya alokon jangka pendek dan jangka panjang (<i>reversible</i>)</li> <li>2. Menyediakan pelayanan kontrasepsi</li> <li>3. Menyediakan materi Komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE)</li> <li>4. Memastikan masyarakat mengetahui tentang ketersediaan alokon untuk Pasangan Usia Subur (PUS)</li> <li>5. Memberikan promosi dan konseling kesehatan reproduksi, termasuk lokasi pelayanan kesehatan reproduksi.</li> </ol>	<p>Secepatnya melakukan perencanaan pelayanan kontrasepsi komprehensif dan pelayanan kontrasepsi pada kondisi normal dan melakukan kegiatan keluarga berencana secara komprehensif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyediakan pilihan metode kontrasepsi yang lebih luas termasuk metode jangka panjang (IUD) serta kontrasepsi mantap</li> <li>2. Melakukan kegiatan keluarga berencana yang komprehensif termasuk melakukan kegiatan penyuluhan untuk meningkatkan jumlah akseptor KB baru</li> <li>3. Melakukan pelatihan terkait pelayanan kontrasepsi sesuai kebutuhan</li> <li>4. Melakukan advokasi tentang pentingnya pelayanan kontrasepsi pada krisis kesehatan</li> <li>5. Memperkuat sistem logistik untuk memastikan ketersediaan alokon dan tidak terjadi stockout</li> </ol>

## IX. INDIKATOR UNTUK MEMONITOR PENCAPAIAN PELAYANAN KONTRASEPSI PADA KRISIS KESEHATAN

No	Indikator	Ya	Tidak
1	Apakah pelayanan kontrasepsi tersedia di lokasi pelayanan ini?		
2	Apakah tersedia pelayanan kontrasepsi terpadu dengan pelayanan kesehatan reproduksi lainnya: a. KB pascasalin b. KB pascakeguguran c. Kontrasepsi darurat bagi penyintas perkosaan d. Pelayanan kontrasepsi dengan penyuluhan kesehatan reproduksi e. Pelayanan lainnya		
3	Jenis alat dan kontrasepsi yang diberikan a. Kondom b. Pil c. Suntik d. IUD e. Implan f. Pil kontrasepsi darurat untuk penyintas perkosaan g. Vasektomi		
4	Tenaga yang memberikan pelayanan: a. Dokter b. Bidan c. Perawat d. PKB/PLKB		
5	Apakah Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) tersedia? a. BMHP untuk implant b. BMHP lainnya: Alcohol swab dll		
6	Apakah alat dan bahan untuk penerapan kewaspadaan standar tersedia? a. Alat Perlindungan Diri (APD) b. Safety box untuk pembuangan benda tajam c. Fasilitas pembuangan limbah medis dan nonmedis		
7	Apakah materi KIE tersedia?		
8	Apakah dokumen pencatatan tersedia dan pelaporan dilakukan sesuai jadwal yang ditentukan?		
9	Apakah ada <i>stock out</i> alokon?		

No	Indikator kuantitatif	Capaian
1	Jumlah Pasangan Usia Subur (PUS)	
2	Jumlah yang mendapat pelayanan kontrasepsi <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Baru               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kondom</li> <li>- Pil</li> <li>- Suntik</li> <li>- IUD</li> <li>- Implan</li> <li>- Vasektomi</li> <li>- Tubektomi</li> </ul> </li> <li>b. Lama               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kondom</li> <li>- Pil</li> <li>- Suntik</li> <li>- IUD</li> </ul> </li> </ul>	
3	Pelayanan kontrasepsi terpadu dengan pelayanan kesehatan reproduksi: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jumlah akseptor KB yang mendapat penyuluhan tentang IMS/HIV, kekerasan seksual</li> <li>- Pelayanan kontrasepsi pasca-salin</li> <li>- Pelayanan kontrasepsi pascakeguguran</li> <li>- Jumlah penyintas kekerasan seksual</li> </ul>	
4	Jumlah kasus kegagalan dalam ber KB	
5	Jumlah akseptor yang mengalami efek samping	

## X. BAGAN ALUR (MIND MAP) PELAYANAN KONTRASEPSI



## **XI. DAFTAR PUSTAKA**

- a. Kementerian Kesehatan, 2021, Pedoman operasional implementasi Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi pada Krisis Kesehatan
- b. Badan Kependudukan dan Keluarga Nasional (BKKBN), 2017, Pedoman Standarisasi Pelayanan Keluarga Berencana
- c. Badan Kependudukan dan Keluarga Nasional (BKKBN), 2020, Pedoman Pelayanan Kontrasepsi Pada Krisis Kesehatan

# MATERI 7

## KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA DAN PELIBATAN REMAJA PADA SITUASI KRISIS KESEHATAN



## I. DESKRIPSI SINGKAT

Modul ini berisi tentang upaya pencegahan dan penanganan permasalahan kesehatan reproduksi remaja pada situasi krisis kesehatan. Pada krisis kesehatan, remaja memiliki 2 situasi yang sangat berpengaruh pada kehidupannya yaitu kerentanan dan ketahanan remaja. Berdasarkan kedua situasi remaja tersebut maka intervensi yang dilakukan difokuskan pada intervensi untuk mengatasi kerentanan remaja melalui pelaksanaan PPAM kesehatan reproduksi remaja dan memperkuat ketahanan remaja melalui pelibatan dan pemberdayaan remaja. Di materi ini juga dipaparkan tentang langkah-langkah penyediaan informasi dasar kesehatan reproduksi remaja dan integrasi PPAM kesehatan reproduksi remaja ke dalam pelayanan kesehatan dasar yang ada sebagai bagian dari intervensi pelaksanaan PPAM kesehatan reproduksi remaja juga langkah-langkah yang harus dilakukan untuk memastikan pelibatan dan pemberdayaan remaja serta intervensi melalui pembentukan ruang ramah remaja. Di bagian akhir materi akan dijelaskan tentang peran strategis bidan dalam mendukung pelayanan kesehatan reproduksi remaja dan pelibatan remaja, perbedaan intervensi kesehatan reproduksi remaja sebagai bagian dari PPAM dan kesehatan reproduksi remaja komprehensif serta indikator untuk memonitor pencapaian komponen ini.

## II. TUJUAN PEMBELAJARAN

### A. Hasil belajar

Setelah mempelajari modul ini, mahasiswa diharapkan memiliki pemahaman dan mampu menjelaskan mengenai pelayanan kesehatan reproduksi remaja dan pelibatan remaja pada krisis kesehatan.

### B. Indikator hasil belajar

Setelah mempelajari materi ini mahasiswa mampu:

1. Menjelaskan tentang situasi dan kondisi yang dialami remaja pada krisis kesehatan
2. Menjelaskan tentang Intervensi kesehatan reproduksi remaja untuk mengatasi kerentanan remaja dan memperkuat ketahanan remaja
3. Menjelaskan langkah-langkah yang harus dilakukan untuk penyediaan informasi dasar kesehatan reproduksi remaja dan integrasi PPAM kesehatan reproduksi remaja ke dalam pelayanan kesehatan dasar yang ada sebagai bagian dari intervensi pelaksanaan PPAM kesehatan reproduksi remaja
4. Menjelaskan langkah-langkah yang harus dilakukan untuk memastikan pelibatan dan pemberdayaan remaja
5. Menjelaskan tentang intervensi melalui pembentukan ruang ramah remaja
6. Menjelaskan peran strategis bidan dalam mendukung pelayanan kesehatan reproduksi remaja dan pelibatan remaja
7. Menjelaskan perbedaan intervensi kesehatan reproduksi remaja sebagai bagian dari PPAM dan kesehatan reproduksi remaja komprehensif
8. Menjelaskan tentang indikator untuk memonitor pencapaian komponen ini.



### III. POKOK BAHASAN

Dalam modul ini akan dibahas pokok bahasan-pokok bahasan sebagai berikut yaitu :

1. Situasi dan kondisi yang dialami remaja pada krisis kesehatan.
2. Intervensi kesehatan reproduksi remaja untuk mengatasi kerentanan remaja dan memperkuat ketahanan remaja.
3. Langkah-langkah yang harus dilakukan untuk penyediaan informasi dasar kesehatan reproduksi remaja dan integrasi PPAM kesehatan reproduksi remaja ke dalam pelayanan kesehatan dasar yang ada sebagai bagian dari intervensi pelaksanaan PPAM kesehatan reproduksi remaja.
4. Langkah-langkah yang harus dilakukan untuk memastikan pelibatan dan pemberdayaan remaja.
5. Intervensi pelibatan remaja melalui pembentukan ruang ramah remaja.
6. Peran strategis bidan dalam mendukung pelayanan kesehatan reproduksi remaja dan pelibatan remaja.
7. Perbedaan intervensi kesehatan reproduksi remaja sebagai bagian dari PPAM dan kesehatan reproduksi remaja komprehensif .
8. Indikator untuk memonitor pencapaian komponen ini

### IV. BAHAN BELAJAR

1. Modul Kesehatan Reproduksi Remaja dan Pelibatan Remaja pada Situasi Krisis Kesehatan
2. LCD
3. Laptop
4. Papan tulis/lembar *flipchart*
5. Spidol.

### V. METODE PEMBELAJARAN

Menggunakan pendekatan *student-centered learning*.

### VI. URAIAN MATERI

- Di tingkat internasional, secara umum Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) menggunakan tiga istilah untuk membagi kelompok umur remaja yaitu adolescent (remaja), youth (pemuda) dan dan penggabungan keduanya yaitu young people (kaum muda).

Istilah remaja adalah periode usia antara 10 sampai 19 tahun yang merupakan kelanjutan dari perubahan fisik, kognitif, perilaku dan psikososial. Periode ini ditandai dengan meningkatnya tingkat otonomi individu, tumbuhnya rasa identitas, harga diri, dan kemandirian secara progresif menuju kedewasaan. Sedangkan pemuda diartikan sebagai remaja yang lebih dewasa yang memiliki rentang usia antara 15-24 tahun.

Mengacu pada penggabungan kedua kelompok tersebut, terdapat istilah kaum muda, yaitu remaja yang berusia 10-24 tahun. Kedua istilah tersebut mencerminkan perkembangan lebih lanjut dan pematangan individu selama periode di atas 18 tahun dan sebelum memasuki masa dewasa.

Di Indonesia terdapat banyak definisi terkait dengan remaja, namun mengacu pada program pelayanan kesehatan anak usia sekolah dan remaja yang diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2014, definisi remaja yang digunakan dalam konteks ini adalah remaja usia 10-18 tahun..

- Pada krisis kesehatan, remaja memiliki 2 situasi yang sangat berpengaruh pada kehidupannya yaitu kerentanan dan ketahanan remaja.
- Ketahanan remaja adalah kemampuan remaja untuk dapat bangkit kembali setelah mengalami tekanan atau stres, mudah beradaptasi, penuh ide dan enerjik. Remaja memiliki kemampuan untuk dapat bangkit kembali setelah mengalami tekanan atau stres (Moore, 2013). Mereka mudah beradaptasi, penuh ide dan enerjik. Karenanya, kelompok remaja harus dipertimbangkan tidak hanya sebagai penerima manfaat tetapi juga dapat berperan aktif sebagai mitra dan pemimpin pelaksanaan program-program penanggulangan krisis kesehatan. Berdasarkan hasil penelitian tentang “Remaja Perempuan dan Kaum Muda dalam Krisis - Suara dari Sulawesi tengah” yang dilakukan oleh Yayasan Plan Internasional-Kemenkes -UNFPA, tahun 2019, telah diidentifikasi faktor-faktor ketahanan remaja yang berupa:
  1. Pengetahuan dan keterampilan tentang Pengurangan Risiko Bencana (PRB)
  2. Jaringan pertemanan
  3. Ruang aman
  4. Dukungan dari keluarga dan teman sebaya
  5. Adanya tujuan hidup, agama (keimanan)
  6. Keyakinan, rasa optimis serta harapan untuk masa depan
  7. Kesatuan keluarga
  8. Partisipasi remaja dan kaum muda dalam program kesehatan seksual dan reproduksi berkontribusi pada kesehatan dan kesejahteraan remaja.

Selain ketahanan, berdasarkan hasil penelitian tsb juga mengidentifikasi beberapa faktor kerentanan remaja sebagai berikut:

1. Kurangnya keamanan.
2. Berlanjutnya praktik perkawinan anak, perkawinan dini dan perkawinan paksa.
3. Terbatasnya akses ke air bersih, fasilitas sanitasi dan kebersihan dasar.
4. Tidak memadainya kondisi penampungan dan kamp (kondisi hunian sementara yang buruk) , terbatasnya kebebasan bergerak.
5. Terganggunya pendidikan.
6. Kurangnya layanan kesehatan.

7. Ketidakamanan ekonomi dan hilangnya mata pencaharian.
  8. Kerawanan pangan dan gizi.
  9. Terbatasnya kapasitas terkait pengurangan risiko bencana.
- Pada situasi bencana, remaja rentan terpisah dari keluarga, mengalami kekerasan termasuk kekerasan seksual, kemiskinan dan eksploitasi serta risiko lainnya yang dapat berpengaruh pada kesehatan reproduksi mereka. Tidak adanya ruang pribadi atau sekat bagi remaja untuk berganti pakaian, tinggal di tenda tanpa kunci, akses toilet yang jauh dari tenda pengungsian, kurangnya pencahayaan pada toilet, serta tidak adanya pemisahan toilet untuk perempuan dan laki-laki dapat meningkatkan risiko terjadinya kekerasan. Minimnya persediaan air di pengungsian juga menyebabkan remaja sulit menjaga kebersihan diri termasuk organ reproduksi terutama saat remaja perempuan menstruasi.

Berikut adalah salah satu temuan dari penelitian remaja di atas tentang akses ke air bersih, fasilitas sanitasi dan kebersihan dasar:

### ***Jamban kotor dan air berlumpur***

*Remaja perempuan dan kaum muda melaporkan terbatasnya akses ke fasilitas sanitasi dan pasokan air yang tidak konsisten atau tidak memadai di kamp pengungsian. Kurangnya kebersihan dasar di jamban merupakan sumber ketidaknyamanan bagi mereka yang menggunakan fasilitas. Faktor-faktor ini ditambah dengan kurangnya privasi di jamban dan di tempat penampungan merupakan tantangan bagi remaja perempuan dan pemuda dalam mengelola kebersihan menstruasi.*

- Selain itu, bencana dapat menyebabkan terganggunya akses terhadap pelayanan kesehatan terutama ketika remaja mengalami masalah kesehatan reproduksi seperti keputihan dan penyakit menular seksual lain.
- Kelompok remaja merupakan salah satu sasaran/populasi target dari PPAM dan mencakup semua komponennya. Hanya saja memerlukan pendekatan khusus dalam pemberian pelayanan untuk memastikan pelayanan yang ramah remaja dan sesuai kebutuhan mereka.

Untuk meminimalisir kerentanan sekaligus meningkatkan ketahanan remaja pada situasi bencana, tanggung jawab tidak hanya dibebankan kepada penanggung jawab program kesehatan remaja tetapi juga dibutuhkan kolaborasi dengan lintas program dan lintas sektor terkait.

- Dengan melihat potensi yang ada pada diri remaja, mereka tidak hanya menjadi target sasaran pelayanan PPAM tapi dapat juga dilibatkan secara aktif dan mendukung berbagai kegiatan PPAM baik untuk teman sebayanya ataupun kelompok lainnya seperti ibu hamil, ibu bersalin dll.

## A. Pelaksanaan PPAM kesehatan reproduksi remaja

### 1. Penyediaan informasi dasar kesehatan reproduksi remaja

Penyediaan informasi dasar kesehatan reproduksi remaja bertujuan untuk peningkatan pengetahuan dan kesadaran mengenai hak kesehatan reproduksi sehingga memungkinkan mereka membuat keputusan yang tepat dalam upaya pemenuhan hak kesehatan reproduksi dalam situasi krisis termasuk upaya perlindungan terhadap risiko perlakuan diskriminasi dan kekerasan seksual pada situasi krisis. Penyediaan informasi dasar kesehatan reproduksi remaja pada masa tanggap darurat dapat diberikan melalui pos kesehatan reproduksi, ruang ramah remaja dan puskesmas.

Penanggung jawab kegiatan ini adalah koordinator PPAM Remaja di tingkat pusat dan/ atau daerah.

#### Langkah-langkah yang dilakukan:

- a. Menghubungi dan berkoordinasi dengan koordinator subklaster kesehatan reproduksi/dinas kesehatan/puskesmas
- b. Menyusun jadwal pemberian informasi kesehatan reproduksi remaja.
- c. Menyiapkan media KIE kesehatan reproduksi remaja yang dibutuhkan.
- d. Memberikan informasi dasar kesehatan reproduksi remaja.

### 2. Mengintegrasikan komponen PPAM kesehatan reproduksi remaja ke dalam pelayanan kesehatan dasar yang ada

Bertujuan untuk memastikan penyediaan setiap komponen PPAM kesehatan reproduksi remaja yang terintegrasi di dalam pelayanan kesehatan yang ada baik di pengungsian maupun di fasilitas kesehatan. Komponen PPAM kesehatan reproduksi remaja terdiri dari pencegahan dan penanganan kekerasan seksual, pencegahan dan pengobatan IMS dan HIV, peningkatan kesehatan remaja dan ibu serta bayi lahir. Penyediaan pelayanan kesehatan reproduksi remaja pada masa tanggap darurat dapat diberikan melalui pos kesehatan reproduksi, ruang ramah remaja dan puskesmas. Pelayanan tersebut termasuk pelayanan rujukan baik ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih tinggi ataupun ke unit lain diluar kesehatan sesuai kebutuhan.

Pelayanan kesehatan reproduksi remaja pada situasi tanggap darurat terutama untuk melindungi remaja dari risiko kehamilan yang tidak direncanakan, infeksi menular seksual, HIV/AIDS, kekerasan seksual dan perkawinan usia ana

#### Langkah-langkah yang harus dilakukan:

- Berkoordinasi dengan koordinator subklaster kesehatan reproduksi/dinas kesehatan dan/atau puskesmas
- Mengidentifikasi dan memetakan pelayanan bagi remaja yang tersedia di pengungsian atau diluar pengungsian dengan pelibatan remaja.

- Menentukan tempat pelayanan kesehatan reproduksi remaja baik terpisah atau terintegrasi dengan pelayanan kesehatan umum baik di pos kesehatan reproduksi/puskesmas
- Membuat jadwal pelayanan kesehatan reproduksi remaja
- Menyosialisasikan ketersediaan pelayanan kesehatan reproduksi remaja termasuk jejaring layanan.

## B. Pelibatan dan pemberdayaan remaja

Prinsip bekerja dengan remaja:

1. Mempertimbangkan kebutuhan remaja yang khusus dan bervariasi berdasarkan umur, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, konteks lokal dan budaya, gender, identitas gender, identitas tubuh, orientasi seksual, dan status disabilitas
2. Pelibatan remaja yang bermakna dengan cara mempromosikan partisipasi, kemitraan dan kepemimpinan remaja dalam setiap kegiatan dan intervensi.
3. Pelibatan remaja dalam perencanaan, implementasi, monitoring dan evaluasi, dimana mengembangkan strategi kreatif untuk mendorong partisipasi remaja yang heterogen seperti inisiatif ruang ruang ramah khusus remaja termasuk pendekatan dan alat yang digunakan dalam melakukan kegiatan dengan remaja yang sesuai dengan kebutuhan remaja yang bervariasi; privasi, kerahasiaan, kesetaraan dan nondiskriminasi.

### Ruang Ramah Remaja

Ruang ramah remaja adalah tempat aman bagi remaja untuk berkegiatan, mendapatkan dukungan teman sebaya, mengakses informasi dan layanan terkait kesehatan reproduksi remaja, serta memastikan pelibatan remaja melalui forum remaja. Remaja dapat dilibatkan pada saat merencanakan, merancang dan menyusun kegiatan di ruang ramah remaja.

- Sasaran ruang ramah remaja adalah remaja berusia 10-18 tahun tapi tidak menutup kemungkinan untuk kelompok remaja berusia 19-24 tahun.
- Ruang ramah remaja dibentuk dan difungsikan pada situasi tanggap darurat, transisi dan pemulihan pada krisis
- Ruang ramah remaja dikelola oleh forum remaja berbasis komunitas, kader posyandu remaja atau kelompok organisasi remaja komunitas.

Langkah-langkah mendirikan ruang ramah remaja

1. Melakukan penilaian  
Penilaian situasi kesehatan reproduksi remaja (KRR) merupakan bagian dari upaya mendirikan ruang ruang ramah remaja di pengungsian atau hunian sementara.
2. Memilih lokasi untuk ruang ramah remaja:
  - Ruang ramah remaja dapat menggunakan ruang serba guna, tempat terbuka, tenda sekolah darurat, tenda /ruang lainnya yang memungkinkan untuk digunakan.

- Lokasi mudah diakses dan dijangkau oleh remaja termasuk remaja dengan kebutuhan khusus dan disabilitas.
  - Diusahakan dekat dengan pusat pelayanan kesehatan diantaranya tenda kespro, tenda ramah perempuan, puskesmas pada situasi krisis.
  - Lokasi yang aman dan jauh dari bahaya.
  - Mempertimbangkan jumlah remaja yang tinggal di pengungsian/ hunian sementara.
  - Lahan yang cukup luas dan mendukung untuk pendirian tenda jika diperlukan.
3. Kebutuhan ruang ramah remaja:
- Kegiatan yang terstruktur diantara penyuluhan kesehatan, pendidikan kesehatan reproduksi remaja.
  - Pendidikan keterampilan hidup sehat dan pemberian KIE lainnya.
  - Kegiatan pengembangan media KIE dan advokasi remaja seperti lokakarya pembuatan film dokumenter, lokakarya musik, fotografi dan alat peraga reproduksi perempuan dan laki-laki.
  - Peralatan olahraga bagi remaja perempuan dan laki-laki, seperti bola voli, badminton, futsal, sepak bola, dll.
  - Peralatan seni, musik dan budaya, seperti gitar, speaker dan pengeras suara, alat melukis, peralatan prakarya remaja, dll.
  - Perpustakaan mini berisi koleksi buku remaja.
  - Karpet atau tikar.
  - Remaja sebaiknya dilibatkan mulai dari perencanaan, pelaksanaan hingga memonitoring kegiatan dan kebutuhan ruang ramah remaja di wilayah masing-masing.

## **VII. PERAN BIDAN DALAM Mendukung Pelaksanaan Komponen Kesehatan Reproduksi Remaja dan Pelibatan Remaja dalam Penanggulangan Krisis Kesehatan:**

1. Mengumpulkan data sasaran remaja di lokasi pengungsian di wilayah kerjanya
2. Memberikan informasi dan pelayanan kesehatan reproduksi remaja di lokasi pengungsian
3. Mendukung kegiatan-kegiatan yang dilakukan di ruang ramah remaja
4. Mengumpulkan dan melaporkan secara rutin data cakupan pelayanan kesehatan reproduksi remaja pada krisis kesehatan
5. Bidan mengidentifikasi permasalahan yang dihadapi di dalam penyediaan pelayanan kesehatan reproduksi remaja dan melaporkan ke puskesmas/ dinas kesehatan untuk mencari jalan keluar melalui subklaster kespro.

## VIII. PERBEDAAN KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA DAN PELIBATAN REMAJA SEBAGAI BAGIAN DARI PPAM DAN KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA DAN PELIBATAN REMAJA KOMPREHENSIF

Kesehatan reproduksi remaja pada krisis kesehatan (PPAM)	Kesehatan reproduksi remaja pada krisis kesehatan (Kesehatan reproduksi komprehensif)
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penyediaan informasi dasar kesehatan reproduksi remaja</li> <li>2. Mengintegrasikan komponen PPAM kesehatan reproduksi remaja ke dalam pelayanan kesehatan dasar yang ada</li> <li>3. Mengidentifikasi forum remaja atau kelompok remaja atau posyandu remaja yang ada di komunitas.</li> <li>4. Berkoordinasi dengan koordinator pengungsian tentang pelibatan remaja atau pembentukan forum atau kelompok remaja</li> <li>5. Merekrut kader remaja (fasilitator remaja atau kader posyandu remaja atau pendidik sebaya).</li> <li>6. Membentuk forum remaja atau kelompok remaja jika belum ada dan melibatkan forum remaja dalam semua kegiatan pada tanggap darurat krisis kesehatan</li> <li>7. Membentuk ruang ramah remaja di pengungsian yang difasilitasi oleh Forum Remaja atau kelompok remaja.</li> <li>8. Melibatkan remaja dalam pemberian informasi dasar kesehatan reproduksi remaja diantaranya melalui ruang ramah remaja di pengungsian.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan advokasi tentang pentingnya pelayanan kesehatan reproduksi bagi remaja sebagai bagian dari PPAM</li> <li>2. Menyediakan pelayanan kesehatan reproduksi remaja komprehensif yang: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mencakup semua komponen kesehatan reproduksi remaja</li> <li>▪ Menggunakan pendekatan khusus agar sesuai kebutuhan khusus remaja dan ramah remaja.</li> </ul> </li> <li>3. Pembentukan forum remaja pada tahap pra-krisis kesehatan dan menjangkau berbagai kelompok remaja termasuk kelompok rentan</li> <li>4. Mengadakan pelatihan-pelatihan tentang kesehatan reproduksi remaja pada krisis kesehatan bagi tenaga kesehatan maupun kelompok remaja</li> </ol>

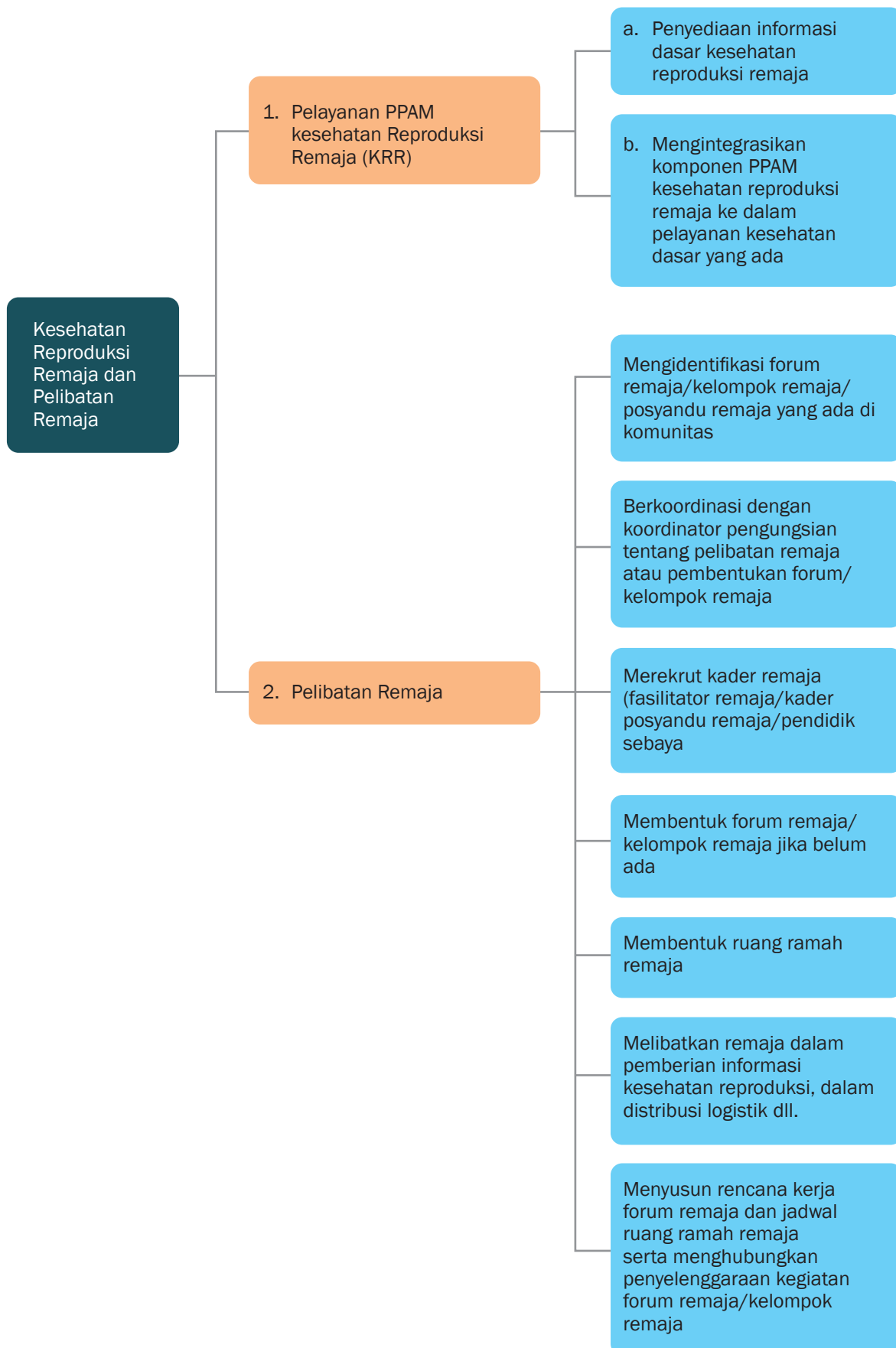
## IX. INDIKATOR UNTUK MENILAI PENCAPAIAN KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA DAN PELIBATAN REMAJA SEBAGAI BAGIAN DARI MONITORING DAN EVALUASI

No	Indikator	Ya	Tidak
<b>Penyediaan informasi kesehatan reproduksi remaja</b>			
1	Koordinasi dengan koordinator subklaster kesehatan reproduksi/dinas kesehatan/puskesmas dilakukan		
2	Jadwal pemberian informasi kesehatan reproduksi remaja disusun dan tersedia		
3	Materi KIE kesehatan reproduksi remaja tersedia		
4	Informasi kesehatan reproduksi remaja diberikan di tempat pengungsian		
<b>Integrasi PPAM kesehatan reproduksi remaja ke dalam pelayanan kesehatan dasar yang ada</b>			
1	Koordinasi dengan koordinator subklaster kesehatan reproduksi/ dinas kesehatan dan/atau puskesmas dilakukan		
2	Pemetaan pelayanan bagi remaja yang tersedia di pengungsian atau diluar pengungsian dengan pelibatan remaja dilakukan		
3	Lokasi pelayanan ditentukan dan jadwal pelayanan disusun		
4	Memberikan informasi tentang pelayanan kesehatan reproduksi remaja yang tersedia		
<b>Pelibatan remaja dalam penanggulangan krisis kesehatan</b>			
1	Forum remaja atau kelompok remaja atau posyandu remaja yang ada di komunitas diidentifikasi		
2	Koordinasi dengan koordinator pengungsian tentang pelibatan remaja atau pembentukan forum atau kelompok remaja		
3	Kader remaja (fasilitator remaja atau kader posyandu remaja atau pendidik sebaya) direkrut		
4	Forum remaja atau kelompok remaja dibentuk		
5	Ruang ramah remaja didirikan/dibentuk		
6	Remaja terlibat dalam pemberian informasi dasar kesehatan reproduksi remaja diantaranya melalui ruang ramah remaja di pengungsian		
7	Forum remaja terlibat dalam distribusi logistik		

No	Indikator kuantitatif	Jumlah
1	Jumlah remaja yang mendapat informasi tentang kesehatan reproduksi: a. Remaja laki-laki b. Remaja perempuan	
2	Jumlah remaja yang mendapatkan pelayanan kesehatan reproduksi: a. Remaja laki-laki b. Remaja perempuan	
3	Jumlah ruang remaja yang didirikan	
4	Jumlah remaja yang menghadiri kegiatan di ruang ramah remaja a. Remaja laki-laki b. Remaja perempuan	
5	Jumlah fasilitas kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan reproduksi yang ramah remaja	



## X. DIAGRAM ALUR (*MIND MAP*) KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA DAN PELIBATAN REMAJA





**Penyuluhan Kesehatan Reproduksi Remaja di Palu, Sigi dan Donggala (Pasigala 2019)**



**Kegiatan remaja di Palu, Sigi dan Donggala (Pasigala) 2019**

## **XI. RANGKUMAN**

- Tujuan dari pelaksanaan PPAM Kesehatan reproduksi remaja yaitu untuk memastikan tersedianya pelayanan kesehatan reproduksi yang ramah remaja dan sesuai dengan kebutuhan khusus remaja melalui penyediaan informasi dasar kesehatan reproduksi remaja dan mengintegrasikan komponen PPAM kesehatan reproduksi remaja ke dalam pelayanan kesehatan dasar yang ada.
- Remaja juga dapat berperan aktif sebagai mitra potensial dalam pelaksanaan program-program penanggulangan krisis kesehatan melalui pelibatan remaja dalam penanggulangan krisis kesehatan. Hal ini dapat dilakukan dengan pembentukan forum remaja dan pendirian ruang ramah remaja pada situasi krisis kesehatan.

## **XII. DAFTAR PUSTAKA**

1. Kementerian Kesehatan, 2021, Pedoman Operasional Implementasi Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi pada Krisis Kesehatan
2. Kementerian Kesehatan, 2017, Pedoman Pelaksanaan Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi Remaja Pada Krisis Kesehatan,
3. Kementerian Kesehatan, 2020, Buku Saku Pengelola Program Kesehatan Reproduksi Remaja pada Krisis Kesehatan,



# MATERI 8

## PELAYANAN MINIMUM KESEHATAN BALITA PADA SITUASI KRISIS KESEHATAN



## I. DESKRIPSI SINGKAT

Modul ini berisi tentang pelayanan minimum kesehatan balita pada situasi krisis kesehatan. Pelayanan kesehatan balita pada situasi krisis kesehatan akibat bencana merupakan bagian dari upaya pemenuhan hak-hak anak, khususnya hak untuk hidup, berkembang dan mendapatkan perlindungan. Tujuan dari pelayanan kesehatan balita pada situasi krisis kesehatan adalah untuk mencegah kematian, kesakitan, kekerasan dan kecacatan pada balita. Dalam modul ini juga dijelaskan masing-masing komponen dari pelayanan minimum kesehatan balita. Di materi ini juga dibahas tentang peran strategis bidan dalam mendukung penyediaan pelayanan minimum kesehatan balita, perbedaan antara langkah-langkah yang dilakukan sebagai bagian dari pelayanan minimum kesehatan balita pada situasi krisis kesehatan serta indikator untuk memonitor pencapaian komponen ini sebagai bagian dari monitoring dan evaluasi.

## II. TUJUAN PEMBELAJARAN

### A. Hasil belajar

Setelah mempelajari modul ini, mahasiswa diharapkan memiliki pemahaman dan mampu menjelaskan tentang pelayanan minimum kesehatan balita pada situasi krisis kesehatan.

### B. Indikator hasil pembelajaran

Setelah mempelajari materi ini mahasiswa mampu:

1. Menjelaskan bahwa kelompok balita merupakan kelompok rentan pada situasi krisis kesehatan
2. Menjelaskan tentang pelayanan minimum kesehatan balita pada situasi krisis kesehatan
3. Menjelaskan langkah-langkah yang harus dilakukan untuk penyediaan pelayanan minimum kesehatan balita pada tahap situasi krisis kesehatan
4. Menjelaskan tentang peran strategis bidan dalam mendukung pelayanan minimum kesehatan balita pada situasi krisis kesehatan
5. Menjelaskan perbedaan antara langkah-langkah yang dilakukan sebagai bagian dari pelayanan minimum kesehatan balita pada situasi krisis kesehatan
6. Menjelaskan indikator untuk memonitor pencapaian komponen ini sebagai bagian dari monitoring dan evaluasi.

## III. POKOK BAHASAN

Dalam modul ini akan dibahas pokok bahasan-pokok bahasan sebagai berikut yaitu :

1. Balita sebagai salah satu kelompok rentan pada situasi krisis kesehatan
2. Langkah-langkah yang dilakukan pada tanggap darurat krisis kesehatan
3. Pelayanan minimal kesehatan balita pada situasi krisis kesehatan

4. Peran bidan dalam mendukung pelayanan minimum kesehatan balita pada situasi krisis kesehatan
5. Perbedaan antara langkah-langkah yang dilakukan sebagai bagian dari pelayanan minimum kesehatan balita pada situasi krisis kesehatan
6. Indikator untuk memonitor pencapaian komponen ini sebagai bagian dari monitoring dan evaluasi.

#### IV. BAHAN BELAJAR

1. Modul Pelayanan Minimum Kesehatan Balita pada Situasi Krisis Kesehatan
2. LCD
3. Laptop
4. Papan tulis/lembar *flipchart*
5. Spidol

#### V. METODE PEMBELAJARAN

Menggunakan pendekatan *student-centered learning*.

#### VI. URAIAN MATERI

- Balita termasuk kelompok yang paling rentan terdampak bencana, namun seringkali terabaikan. Proporsi balita cukup besar di antara para pengungsi, namun kelompok ini belum mendapatkan perhatian yang layak. Berdasarkan data tahunan Pusat Data dan Informasi (Pusdatin) Kementerian Kesehatan, jumlah balita adalah sekitar 13% dari total jumlah penduduk. Kerentanan balita diakui dalam beberapa kebijakan seperti Undang-Undang Nomor 29 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia Pasal 5 yang menyatakan bahwa anak-anak adalah kelompok rentan. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana, Pasal 55 menyatakan bahwa bayi dan anak adalah kelompok rentan. Undang-Undang Nomor 26 Tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 142 dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 77 Tahun 2014 tentang Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan juga menyatakan hal yang sama, di mana bayi dan balita dikategorikan sebagai kelompok rentan.
- Balita menghadapi berbagai ancaman, seperti gangguan kesehatan yang ada dapat memburuk, ancaman baru dapat muncul sewaktu-waktu dan kemungkinan kehilangan perlindungan. Ancaman terhadap kelangsungan dan kualitas hidup balita meningkat, termasuk penyakit infeksi, malnutrisi, cedera, terpisah dari keluarga, gangguan psikososial dan kekerasan fisik. Dampak dari berbagai gangguan tersebut akan semakin nyata pada balita yang paling rentan, misalnya balita dengan disabilitas, yatim-piatu, dan yang berasal dari kalangan minoritas.
- Penyakit yang paling sering muncul pada balita pada pascabencana, sehingga perlu dilakukan upaya pencegahan pada saat terjadinya bencana antara lain diare, hepatitis A dan E, Tifoid, ISPA, Malaria, DBD, Leptospirosis, Kampak, Meningitis, Tetanus, dll.

- Kapasitas dan kebutuhan balita bervariasi, tergantung umur dan tahapan perkembangannya, yang sekaligus menentukan tingkat ketahanan mereka terhadap berbagai risiko yang dihadapi pada saat bencana. Hal ini juga dipengaruhi oleh ketersediaan kebutuhan dasar seperti makanan dan minuman yang aman, air bersih, tempat berlindung dengan sanitasi yang memadai dan pelayanan kesehatan. Seringkali kebutuhan dasar tersebut tidak bisa dipenuhi dengan baik pada saat bencana. Pengaruh bencana terhadap balita dan orang dewasa sangat berbeda. Balita sangat rentan untuk mengalami kesakitan dan trauma fisik, antara lain karena lebih mudah kedinginan, mempunyai lebih sedikit cairan tubuh dan lebih banyak terpapar infeksi akibat sering bermain dengan tanah. Dalam kondisi bencana, balita memerlukan perlindungan dari orang dewasa, karena mereka belum memahami cara menyelamatkan diri. Mereka sangat ketakutan dan mungkin tidak mampu untuk mengutarakan apa yang dirasakannya, sehingga balita yang didampingi orangtua atau pengasuhnya mempunyai kemungkinan lebih besar untuk mendapatkan pelayanan yang dibutuhkannya.
- Pada tahap tanggap darurat krisis kesehatan, pelaksanaan pelayanan minimum kesehatan balita bertujuan untuk menekan kejadian kematian, kesakitan, kekerasan dan kecacatan pada balita. Di samping menangani kasus yang ada dan merujuk kasus ke subklaster kesehatan yang terkait, memprioritaskan pelayanan secara keseluruhan perlu ditentukan dengan menganalisis data sekunder pola kesakitan balita di tingkat kabupaten/kota wilayah bencana (bila tidak tersedia, digunakan data provinsi). Prioritas pelayanan kesehatan balita juga ditentukan berdasarkan pengalaman lapangan tentang respon kemanusiaan pada situasi bencana.

## **Langkah-langkah yang dilakukan untuk penerapan pelayanan minimum kesehatan balita pada tahap tanggap darurat krisis kesehatan**

### **1. Penugasan penanggung jawab komponen kesehatan balita dan pelaksanaan koordinasi di bawah subklaster kesehatan reproduksi**

- a. Penanggung jawab komponen kesehatan balita dan timnya, ditetapkan oleh kepala Dinas Kesehatan atau Kepala Daerah setempat, segera melaksanakan koordinasi lintas program/sector dan pihak-pihak terkait dibawah koordinasi subklaster kesehatan reproduksi.
- b. Melakukan pertemuan koordinasi untuk mendukung dan berkomunikasi dengan koordinator subklaster dan penanggungjawab komponen terkait.

Hal yang dilaporkan antara lain:

- Isu-isu dan data terkait kesehatan balita, ketersediaan sumber daya serta logistik;
- Tingkat ketersediaan dan pendistribusian logistik kesehatan balita, antara lain ketersediaan air bersih, water purifier, sanitasi dan promosi kesehatan, ketersediaan makanan, kualitas nutrisi dan pemberian makanan bayi dan anak (PMBA), tenda shelter dan tenda keluarga.



- c. Menggunakan data sekunder untuk mengetahui kasus yang sering muncul pada wilayah yang mengalami bencana.
- d. Membuat peta daerah setempat dan menandai lokasi dengan jumlah balita.
- e. Melakukan pencatatan ulang dengan melakukan penilaian pelayanan kesehatan balita di puskesmas dan rumah sakit dan menentukan jumlah aktual balita di lokasi bencana.
- f. Melakukan penilaian fungsi puskesmas dan rumah sakit.
- g. Melakukan pembuatan peta tematik dengan metode tumpang susun (overlay) pada peta terhadap beberapa data/indikator seperti jumlah balita dan jumlah layanan di situasi bencana. Indikator dapat ditambahkan sesuai dengan kebutuhan.

## 2. Mencegah terjadinya peningkatan kesakitan dan kematian pada balita

### a. Pelayanan Kesehatan Balita pada Krisis Kesehatan

- **Pelayanan tanggap darurat:** pelayanan kesehatan pada saat bencana bertujuan untuk menyelamatkan nyawa, mencegah atau mengurangi kecacatan dengan memberikan pelayanan yang terbaik bagi korban. Langkah-langkahnya sebagai berikut.

- Triase di lokasi (menentukan kegawatdaruratan balita)
- Pertolongan pertama sesuai dengan hasil triase
- Proses pemindahan korban, rujukan
- Perawatan di rumah sakit.

- **Pelayanan kesehatan balita yang terdampak dan pelayanan di pengungsian**

Langkah-langkah yang dilakukan sebagai berikut.

- Mendirikan pos pelayanan balita di beberapa titik lokasi bencana terutama di wilayah banyak populasi balita terdampak, dan memastikan bahwa kewaspadaan standar dilaksanakan sejak dimulainya pelayanan dalam penanganan kesakitan.

- Komunikasi, Informasi dan Edukasi

Pada masa tanggap darurat masyarakat terdampak bencana perlu diberikan informasi terkait langkah-langkah untuk mengurangi dampak bencana. Isi pesan perlu disesuaikan dengan kebutuhan/jenis bencana yang dihadapi. Namun ada pesan yang selalu perlu disampaikan pada bencana jenis apapun pada ibu dan balita, misalnya: mencuci tangan pakai sabun, makan makanan bergizi seimbang, dan bermain.

- Menyediakan pelayanan MTBS

Penyakit menular yang sering terjadi pada balita di lokasi pengungsian, kampak, diare, pneumonia, malaria dan penyakit menular lainnya, sangat erat dengan lingkungan dan faktor risiko lainnya serta masyarakat di sekitar penampungan pengungsi. Tata laksana pada balita sakit di pengungsian dilaksanakan mengikuti bagan MTBS sebagai berikut: tata laksana pneumonia, tata laksana diare, tata laksana demam dan tata laksana masalah gizi, termasuk gizi buruk.

#### **b. Pelayanan imunisasi**

Pada saat bencana, pemberian imunisasi tetap harus dilakukan, karena kerawanan terhadap penyakit meningkat. Hal ini merupakan akibat dari memburuknya status kesehatan, terutama status gizi balita; kepadatan penduduk pada suatu tempat/ruang pengungsi, peningkatan mobilitas penduduk antar-wilayah (kunjungan keluarga) dan cakupan imunisasi rendah, yang semuanya itu akan meningkatkan kerawanan yang berat.

Dalam situasi bencana atau di lokasi pengungsian, upaya imunisasi harus dipersiapkan dalam mengantisipasi terjadinya KLB PD3I terutama kampak. Sedangkan pencegahan KLB penyakit lain dengan upaya imunisasi dilakukan berdasarkan hasil dari penilaian cepat pasca bencana. Imunisasi kampak dilakukan terhadap anak berusia 9 s/d 59 bulan di lokasi pengungsian. Perluasan sasaran imunisasi kampak ke usia lebih tinggi, ditentukan berdasarkan analisis epidemiologi dan kinerja program imunisasi di daerah tersebut sebelum terjadi bencana.

Apabila ditemukan kasus kampak pasca bencana walaupun hanya satu kasus, maka dinyatakan terjadi Kejadian Luar Biasa (KLB) pada daerah tersebut dan penanggulangannya mengacu pada Pedoman Penatalaksanaan KLB. Perkiraan jumlah anak usia 9 s/d 59 bulan adalah sekitar 11% x jumlah penduduk.

#### **c. Pemberian tablet Zinc**

- Suplementasi zinc diberikan kepada setiap bayi (usia 6-11 bulan) dan anak balita (usia 12-59 bulan) yang tinggal dan atau berada di lokasi bencana dan daerah terkena dampak bencana.
- Tujuan pemberian suplementasi zinc sebagai profilaksis penyakit diare pada bayi dan anak balita pada kondisi bencana sebagai upaya perlindungan bagi bayi dan anak balita terhadap penyakit infeksi lain (pneumonia, leptospirosis, hepatitis A dan E, kampak, meningitis, tuberculosis, influenza, malaria, demam dengue, tetanus) pada kondisi bencana.
- Zinc sebagai suplemen diberikan ke sasaran sesuai dosis 10 mg/hari selama 3 bulan berturut turut). Zinc diberikan ke sasaran setiap 1 (satu) blister (sediaan yang ada saat ini 20 mg tablet dispersibel) dan diberikan kembali berikutnya 1 (satu) blister lagi dan begitu seterusnya sampai seluruh dosis terpenuhi.

- Pelaksanaan pemberian zinc sebagai profilaksis mengacu pada Juknis Suplementasi Zinc pada situasi bencana dan berkoordinasi dengan subklaster Pengendalian Penyakit dan Kesehatan Lingkungan.

#### **d. Penanganan Gizi**

Kegiatan penanganan gizi pada saat tanggap darurat dikelompokkan dalam dua tahap, yaitu pada tahap tanggap darurat awal dan lanjutan yang mengacu pada Pedoman Penanganan Gizi dalam Penanggulangan Bencana (2018) termasuk untuk pemberian makan bagi bayi dan anak (PMBA). Kegiatan ini dikoordinasikan oleh Subklaster Pelayanan Gizi.

- Pada tanggap darurat awal kegiatan yang dilakukan adalah memastikan pengungsi tidak lapar dan dapat mempertahankan status gizinya, mengawasi pendistribusian bantuan bahan makanan, dan melakukan analisis hasil RHA segera, serta menghitung kebutuhan gizi.
- Pada tanggap darurat lanjutan dilakukan analisis faktor penyulit berdasarkan hasil RHA, pengumpulan data antropometri balita (berat badan, panjang badan/tinggi badan, umur) dan Lingkar Lengan Atas (LiLA), menghitung proporsi status gizi balita kurus, menganalisis adanya faktor penyulit seperti kejadian kampak, demam berdarah, dan lain-lain, melaksanakan pemberian makanan tambahan dan suplemen gizi, melakukan penyuluhan kelompok dan konseling perorangan dengan materi yang disesuaikan (konseling menyusui, MP ASI, dan PMBA), dan memantau perkembangan status gizi balita melalui surveilans gizi, serta memastikan balita di pengungsian mendapat asupan nutrisi sesuai PMBA

### **3. Pencegahan dan penanganan kekerasan seksual**

Memastikan keamanan balita dalam menggunakan layanan kesehatan dan mencegah terjadinya kekerasan seksual, dengan pengaturan/manajemen tenda atau penampungan sementara yang aman. Bila ditemukan kekerasan seksual, maka perlu berkoordinasi dengan subklaster kesehatan reproduksi.

Langkah-langkah yang dikoordinasikan oleh subklaster kesehatan reproduksi sebagai berikut.

- a. Memastikan balita yang terpisah dari keluarga dikumpulkan dalam satu tenda dan terjamin keamanannya.
- b. Memastikan terdapat fasilitas pelayanan kesehatan yang ramah anak bagi penyintas kekerasan seksual di tenda pengungsian.
- c. Menempatkan toilet laki-laki dan perempuan secara terpisah di tempat yang aman dengan penerangan yang cukup dan dapat dikunci dari dalam
- d. Memastikan anak balita didampingi pada saat ke toilet.
- e. Melakukan koordinasi dengan penanggung jawab keamanan, untuk mencegah terjadinya kekerasan seksual pada anak.

- f. Melibatkan lembaga/organisasi pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak di pengungsian dalam rangka pencegahan dan penanganan kekerasan seksual pada anak.
- g. Memberikan informasi kepada orangtua melalui brosur, selebaran, radio, dll tentang layanan bagi penyintas pelecehan, kekerasan seksual, perkosaan dengan nomor telepon yang bisa dihubungi 24 jam.
- h. Memastikan adanya petugas yang kompeten dalam penanganan kasus kekerasan seksual pada anak, dan melibatkan tokoh/kader sebagai motivator untuk memberikan semangat dan penghubung antara penyintas kekerasan seksual dan pelayanan kesehatan.
- i. Memastikan tersedianya pelayanan kesehatan jiwa dan dukungan psikososial di organisasi yang terlibat dalam respon bencana bagi penyintas kekerasan dan memastikan adanya mekanisme rujukan, perlindungan sosial, tindakan hukum yang terkoordinasi dengan baik.
- j. Mendorong partisipasi dan kesadaran pihak terkait termasuk masyarakat tentang masalah kekerasan seksual, strategi pencegahan dan pelayanan yang tersedia untuk penyintas.

#### **4. Mencegah Penularan HIV pada Bayi dan Balita**

Pengobatan ARV pada anak HIV perlu dimonitor secara ketat agar tidak terjadi drop out pengobatan yang dapat menyebabkan kematian pada anak. Salah satu prioritas dalam pencegahan dan pengendalian HIV-AIDS adalah pemberian ARV profilaksis pada bayi dari ibu HIV dan diagnosis dini HIV dengan pemeriksaan HIV DNA pada usia 6 minggu atau lebih hingga sebelum 18 bulan dan bila terinfeksi HIV dilanjutkan dengan terapi ARV sedini mungkin. Penanggung jawab komponen balita memastikan pemeriksaan dini pada bayi yang lahir dari ibu HIV dan pemberian obat ARV pada balita yang terdaftar dalam program PPIA pada krisis kesehatan.

#### **5. Melaksanakan kesehatan jiwa dan dukungan psikososial**

Langkah-langkah yang dikoordinasikan oleh subklaster kesehatan jiwa sebagai berikut.

- Penilaian/asesmen bagi balita yang menunjukkan gejala gangguan psikis (misalnya, murung, menyendiri, tidak bisa tidur, gelisah), termasuk anak yang terpisah dari orangtua/keluarga.
- Pelayanan dasar dan keamanan atau psychological first aid (PFA) bagi anak, termasuk kegiatan bermain (melibatkan balita dalam kegiatan permainan dan rekreasional)
- Dukungan masyarakat dan keluarga: pendampingan, pemulihan, pengelolaan stres, konseling dan pemantauan lanjutan trauma.

## 6. Memastikan Ketersediaan Logistik

Pada situasi krisis kesehatan diperlukan adanya logistik kesehatan balita. Koordinator pelayanan kesehatan balita melakukan koordinasi dengan tim logistik untuk pelayanan kesehatan balita, mulai dari perencanaan kebutuhan, pendistribusian dan pemantauan serta evaluasi penggunaan logistik kesehatan balita.

## VII. PERAN BIDAN DALAM PELAYANAN MINIMUM KESEHATAN BALITA:

1. Bidan adalah tenaga kesehatan utama yang memberikan pelayanan kesehatan balita.
2. Bidan harus mengumpulkan data target sasaran pelayanan minimum kesehatan balita.
3. Bidan memberikan pelayanan minimum kesehatan balita di fasilitas kesehatan (puskesmas, tenda kesehatan reproduksi) dan pelayanan bergerak termasuk kunjungan rumah.
4. Bidan melakukan rujukan untuk kasus komplikasi dan darurat kesehatan anak dan melakukan tindakan pra rujukan.
5. Bidan melakukan monitoring ketersediaan logistik untuk pelayanan minimal kesehatan balita fasilitas kesehatan tempatnya bertugas dan mengajukan permintaan sesuai kebutuhan.
6. Bidan melakukan pencatatan dan pelaporan untuk cakupan pelayanan minimum kesehatan balita.
7. Bidan mengidentifikasi permasalahan yang dihadapi di dalam penyediaan pelayanan kesehatan balita dan melaporkan ke puskesmas/ dinas kesehatan untuk mencari jalan keluar permasalahan.

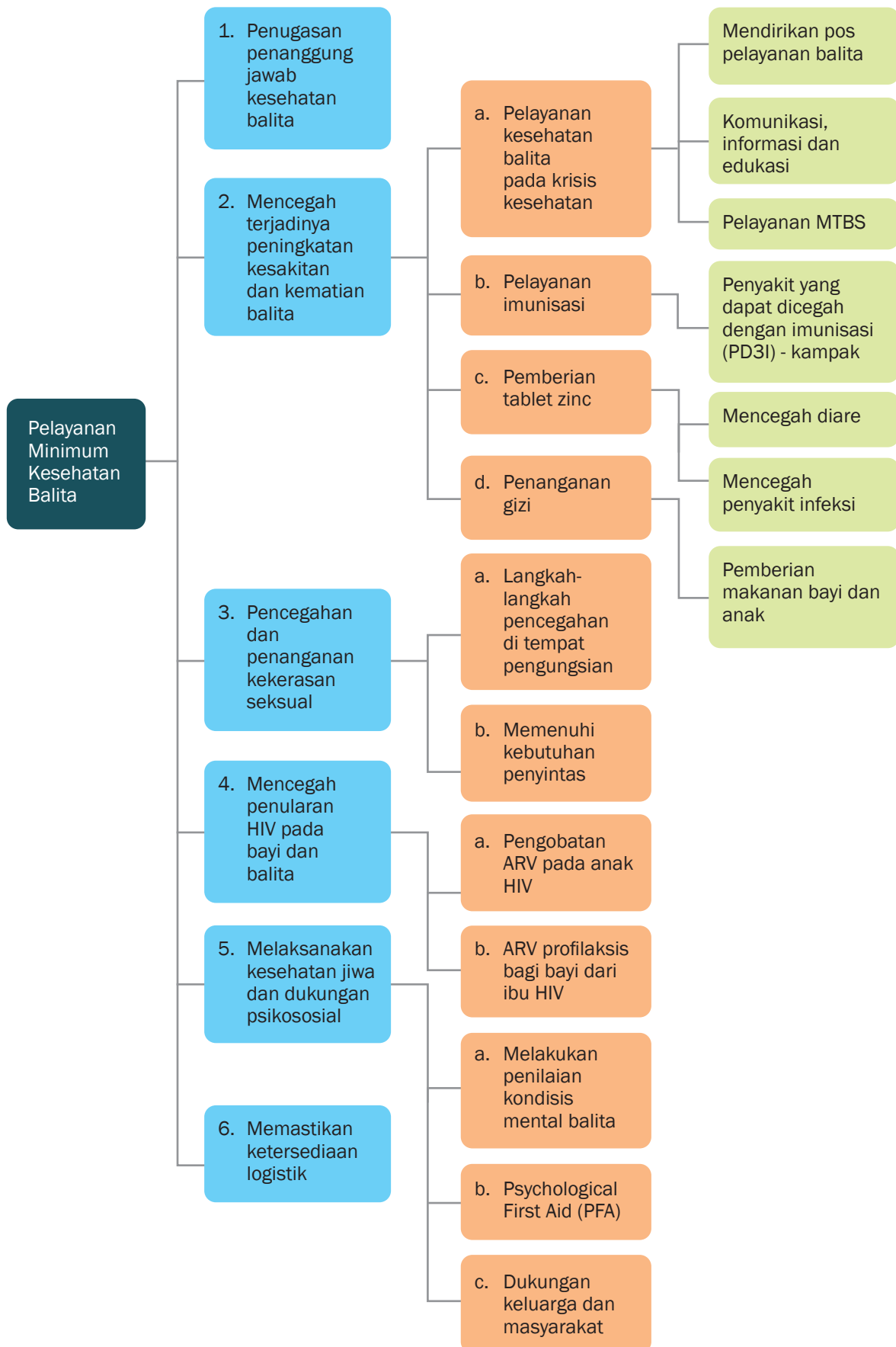
## VIII. PERBEDAAN KEGIATAN YANG MENAJADI BAGIAN DARI PPAM DAN KESEHATAN BALITA KOMPREHENSIF

Paket Pelayanan Minimal Kesehatan Balita (PPAM)	Paket Pelayanan Minimal Kesehatan Balita (Kesehatan Balita Komprehensif)
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penugasan penanggung jawab komponen kesehatan balita dan pelaksanaan koordinasi di bawah subklaster kesehatan reproduksi</li> <li>2. Mencegah meningkatnya kesakitan dan kematian balita melalui:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)</li> <li>b. Imunisasi</li> <li>c. Pemberian tablet zinc</li> <li>d. Penanganan gizi</li> <li>e. Kesehatan lingkungan</li> </ol> </li> <li>3. Mencegah dan menangani kekerasan seksual</li> <li>4. Mencegah penularan HIV pada bayi dan balita</li> <li>5. Melaksanakan pelayanan kesehatan jiwa dan dukungan psikososial</li> <li>6. Memastikan ketersediaan logistik</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan advokasi tentang pentingnya pelayanan minimum kesehatan balita</li> <li>2. Melakukan pelayanan kesehatan balita komprehensif sesuai standar</li> <li>3. Menyediakan pelayanan kesehatan esensial yaitu pelayanan pemantauan tumbuh kembang balita dengan menggunakan Buku KIA dan skrining tumbuh kembang</li> <li>4. Melakukan pelatihan bagi tenaga kesehatan tentang paket pelayanan minimum kesehatan balita</li> <li>5. Melakukan kegiatan kesiapsiagaan untuk pelayanan minimal kesehatan balita: pemetaan wilayah rentan untuk bencana dan kesehatan balita, penyiapan logistik dll.</li> </ol>

## IX. INDIKATOR UNTUK MEMONITOR PENCAPAIAN PELAYANAN MINIMUM KESEHATAN BALITA:

No	Indikator	Ya	Tidak	Jumlah
<b>Pelayanan kesehatan bayi dan balita</b>				
1	Apakah tersedia pojok oralit?			
2	Pelayanan MTBS untuk Bayi/Balita sakit			
3	Pemantauan tumbuh kembang			
4	Kunjungan nifas/neonatus			
5	Pelayanan imunisasi			
6	Dukungan psikososial anak			
7	Fasilitas transportasi rujukan			
8	Sarana sanitasi <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Jamban</li> <li>▪ Instalasi pengolahan air limbah</li> <li>▪ Saluran pembuangan limbah cair rumah tangga</li> <li>▪ Tempat pembuangan sampah</li> </ul>			
<b>Layanan Lainnya untuk Balita</b>				
1	Tersedia ruang ramah anak di kamp pengungsi?			
2	Terselenggara PAUD di kamp pengungsi?			
3	Ada sekolah darurat untuk anak			

## X. DIAGRAM ALUR (MIND MAP) PELAYANAN MINIMUM KESEHATAN BALITA





## **XI. RANGKUMAN**

- Kelompok balita merupakan kelompok rentan diantara penduduk yang terkena dampak pada situasi krisis kesehatan dan masih sering terabaikan. Pelayanan minimum kesehatan balita merupakan komponen pengembangan di Indonesia yang menjadi salah satu komponen PPAM kesehatan reproduksi.
- Tujuan dari pelaksanaan pelayanan minimum balita adalah untuk mencegah kematian, kesakitan, kekerasan dan kecacatan pada balita. Serta merupakan bagian dari upaya pemenuhan hak-hak anak, khususnya hak untuk hidup, berkembang dan mendapatkan perlindungan.
- Komponen pelayanan minimum kesehatan balita mencakup beberapa komponen penting untuk pencegahan kesakitan dan kematian seperti: pelayanan kesehatan balita (pelayanan MTBS, pelayanan gizi, imunisasi dll), pencegahan dan penanganan kekerasan seksual pada balita, mencegah penularan HIV pada bayi dan balita serta pelayanan kesehatan jiwa dan dukungan psikososial.

## **XII. DAFTAR PUSTAKA**

1. Kementerian Kesehatan, 2021, Pedoman operasional implementasi Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi pada Krisis Kesehatan
2. Kementerian Kesehatan, 2020, Pedoman Pelaksanaan PPAM Kesehatan Balita pada Krisis Kesehatan



# MATERI 9

## PELAYANAN MINIMUM KESEHATAN LANJUT USIA (PMKL)



## I. DESKRIPSI SINGKAT

Modul ini berisi tentang pelayanan minimal kesehatan lanjut usia pada krisis kesehatan. Kelompok lanjut usia adalah salah satu kelompok rentan pada krisis kesehatan dan masih sering terabaikan dan tidak mendapat pelayanan. Selama ini belum ada subklaster yang melakukan penanganan kesehatan lanjut usia pada situasi krisis kesehatan, sehingga saat ini dimasukkan menjadi salah satu komponen pengembangan PPAM kesehatan Reproduksi di Indonesia. Pelayanan minimum kesehatan lansia difokuskan pada untuk a) memastikan ketersediaan dan aksesibilitas pelayanan kesehatan umum dan reproduksi lansia b) Meningkatkan aspek-aspek perlindungan kesehatan lansia pada kondisi pengungsian dan c) memenuhi kebutuhan esensial lansia melalui kemitraan multi sectoral. Di materi ini juga dipaparkan peran strategis badan dalam pelayanan minimum kesehatan lanjut usia, perbedaan antara PMKL sebagai bagian dari PPAM dan pelayanan kesehatan lanjut usia komprehensif dan indikator untuk memonitor pencapaian pelayanan kesehatan lanjut usia.

## II. TUJUAN PEMBELAJARAN

### A. Hasil belajar

Setelah mempelajari modul ini, mahasiswa diharapkan mampu mendeskripsikan pelayanan minimum kesehatan lanjut usia pada situasi krisis kesehatan.

### B. Indikator hasil belajar

Setelah mempelajari materi ini Mahasiswa mampu:

1. Menjelaskan kelompok lanjut usia merupakan kelompok rentan sekaligus potensi dari lansia pada krisis kesehatan
2. Menjelaskan fokus intervensi dari pelayanan minimal kesehatan lanjut usia
3. Menjelaskan langkah-langkah yang harus dilakukan untuk PMKL pada tahap tanggap darurat krisis kesehatan
4. Menjelaskan peran strategis badan dalam Pelayanan Minimum Kesehatan Lanjut usia (PMKL)
5. Mengetahui perbedaan antara PMKL sebagai bagian dari PPAM dan pelayanan kesehatan lanjut usia komprehensif
6. Menyebutkan indikator untuk memonitor pencapaian pelayanan kesehatan lanjut usia sebagai bagian dari monitoring dan evaluasi.

## III. POKOK BAHASAN

Dalam modul ini akan dibahas pokok bahasan-pokok bahasan sebagai berikut yaitu :

1. Kelompok lanjut usia adalah sebagai salah satu kelompok rentan pada krisis kesehatan
2. Langkah-langkah yang dilakukan pada tanggap darurat krisis kesehatan
3. Pelayanan pelayanan minimum kesehatan lansia pada krisis kesehatan

4. Menjelaskan peranan bidan dalam Pelayanan Minimum Kesehatan Lanjut usia (PMKL)
5. Mengetahui perbedaan antara PMKL sebagai bagian dari PPAM dan pelayanan kesehatan lanjut usia komprehensif
6. Menyebutkan indikator untuk memonitor pencapaian pelayanan kesehatan lanjut usia sebagai bagian dari monitoring dan evaluasi.

#### IV. BAHAN BELAJAR

1. Pedoman Pelaksanaan Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi Remaja Pada Krisis Kesehatan, Kemenkes RI, 2017
2. Pedoman Pelaksanaan Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi Pada Krisis Kesehatan, Kemenkes RI, 2017
3. Pedoman Pelaksanaan Pelayanan Minimal Kesehatan Lansia (PMKL) pada Krisis Kesehatan, Kemenkes RI, 2020.

#### V. METODE PEMBELAJARAN

Menggunakan pendekatan *student-centered learning*

#### VI. URAIAN MATERI

Menurut Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia, lanjut usia (lansia) didefinisikan sebagai orang yang berusia 60 tahun ke atas. Lansia memiliki sejumlah masalah kesehatan akibat proses penuaan seperti terjadinya kemunduran fungsi sel-sel tubuh (degeneratif), dan menurunnya fungsi sistem imun tubuh. Lansia memiliki masalah penyakit seperti sindrom geriatri (14i) yang merupakan kumpulan gejala atau masalah kesehatan pada lansia yang sering terjadi akibat penurunan fungsi tubuh dan kejiwaan, masalah gizi, masalah kesehatan mental, masalah kesehatan gigi dan mulut serta masalah kesehatan reproduksi. Berdasarkan pengalaman respon krisis kesehatan di Indonesia, kelompok lansia masih sering terabaikan dan belum mendapatkan pelayanan memadai. Oleh karena itu, kegiatan PMKL dimasukkan ke dalam komponen PPAM dalam pengembangan di Indonesia agar mendapat perhatian dan penanganan yang lebih baik pada respon bencana di masa yang akan datang.

Pada situasi bencana, lansia memiliki risiko tinggi (rentan) karena:

1. Lansia sebagian multipatologis dan rentan mengalami stres psikologis pada situasi krisis
2. Membutuhkan pelayanan kesehatan (contoh : obat kronik)
3. Membutuhkan nutrisi yang spesifik (karena riwayat penyakit dan gigi, indera pengecap menurun)
4. Berisiko mengalami kekerasan: seperti penelantaran khususnya lansia perempuan
5. Lansia dengan ketergantungan total, berat dan sedang menyebabkan akses yang terhambat dan membutuhkan pendamping lansia.

Meskipun memiliki kerentanan, namun lansia juga memiliki potensi yang sangat bermanfaat pada situasi krisis kesehatan:

1. Berperan sebagai pengambil keputusan, saat sistem kepemimpinan tidak ada
2. Mampu menjadi penengah dari masalah/ konflik di penampungan karena bijak
3. Lansia perempuan mampu menjadi pendamping balita/ anak yatim/ orang sakit
4. Pengalaman lansia dapat membantu melestarikan identitas budaya dan sosial masyarakat.

Pelaksanaan Pelayanan Minimum Kesehatan Lanjut Usia (PMKL) pada krisis kesehatan difokuskan pada 3 tujuan yaitu:

1. Memastikan ketersediaan dan aksesibilitas pelayanan kesehatan umum dan reproduksi lansia;
2. Meningkatkan aspek-aspek perlindungan lansia kesehatan pada kondisi pengungsian; dan
3. Memenuhi kebutuhan esensial lansia lainnya melalui kemitraan multisektor: WASH (*water, sanitation and hygiene* atau air, sanitasi dan kebersihan), pengungsian/ shelter dan ketersediaan makanan.

Di dalam pelaksanaannya PMKL dilakukan dalam tiga fase yaitu : prakrisis, tanggap darurat krisis kesehatan dan pasca bencana.

Langkah-langkah yang dilakukan pada tahap tanggap darurat:

## **Kegiatan atau tindakan yang dilakukan berdasarkan fokus dari PMKL, yaitu:**

### **1. Kesehatan Umum dan Kesehatan Reproduksi**

Pemenuhan kebutuhan untuk meningkatkan kesehatan lansia pada situasi krisis termasuk kesehatan reproduksi sering diabaikan. Kompleksitas masalah kesehatan lansia dalam situasi tersebut harus dikenali oleh tim PMKL agar dapat mengidentifikasi langkah-langkah tindakan sehingga meminimalkan kemungkinan timbulnya masalah yang lebih besar. Hal ini bertujuan agar dampak lanjut akibat krisis kesehatan pada lansia dapat dicegah. Langkah-langkah yang dapat dilakukan PMKL adalah sebagai berikut:

#### **a. Memberikan penugasan bagi penanggungjawab PMKL dan pelaksanaan koordinasi di bawah subklaster kesehatan reproduksi. Kegiatan yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut:**

- Penetapan penanggungjawab PMKL oleh kepala dinas atau kepala daerah setempat;
- Melakukan pertemuan koordinasi lintas program/ sektor dan pihak terkait dibawah koordinasi subklaster kesehatan reproduksi;
- Mengidentifikasi isu dan data terkait kesehatan lansia, ketersediaan: sumber daya, kebutuhan logistik, WASH, ketersediaan makanan dan kualitasnya, tenda lansia;
- Mengidentifikasi kasus kesakitan yang sering muncul dengan

menggunakan data sekunder yang tersedia;

- Membuat peta wilayah terdampak bencana dan menandai lokasi dengan jumlah lansia, tingkat ketergantungan dan kerentanannya;
- Mencatat dan menentukan jumlah aktual lansia terdampak bencana;
- Mengidentifikasi dan menilai puskesmas dan rumah sakit yang dapat dijadikan tempat rujukan bagi lansia yang membutuhkan pelayanan kesehatan lanjut;
- Membuat peta tenda dengan identitas lansia terdampak bencana di posko pelayanan kesehatan disertai dengan foto lansia yang bersangkutan;
- Melaksanakan pemetaan rencana dan respon cepat dalam memberikan pelayanan kesehatan lansia
- Mencegah terjadinya peningkatan kejadian sakit, cacat dan kematian pada lansia;
- Melaksanakan pelayanan tanggap darurat dengan langkah-langkah: triase kegawatdaruratan kondisi lansia, melakukan pertolongan pertama, melakukan proses pemindahan atau rujukan ke Puskesmas atau RS terdekat;
- Mendirikan pos pelayanan kesehatan dengan menyediakan “antrian jalur cepat” pasien lansia, menyiapkan tangga/ram buatan, mendekatkan lokasi bantuan;
- Memastikan kewaspadaan standar dalam pelayanan kesehatan lansia;
- Memberikan pelayanan kesehatan termasuk kesehatan reproduksi lansia terdampak bencana di pengungsian;
- Melakukan edukasi dan penyebaran informasi untuk mengurangi dampak bencana;
- Menyediakan pelayanan yang ramah dan santun lansia;
- Menyediakan makanan yang sesuai dengan kondisi penuaan dan penyakit yang diderita lansia;

**b. Melaksanakan pelayanan kesehatan jiwa dan dukungan psikososial – spiritual dengan melibatkan relawan atau organisasi yang bergerak di bidang penanganan masalah kesehatan jiwa atau dukungan psikososial;**

- Melakukan penilaian dengan menggunakan PFA (*psychological first aid*)/dukungan psikologis awal (DPA) bagi pendamping lansia;
- Merujuk ke pos pelayanan kesehatan bila menemukan gejala gangguan psikis seperti gelisah, menyendiri, tidak mau makan, tidak mau bergaul, tidak bisa tidur, sedih, suka menangis tanpa sebab);
- Melakukan kegiatan-kegiatan untuk mengisi waktu luang lansia dan pendampingnya selama dalam pengungsian dengan permainan terapeutik misal senam otak, senam kesehatan lansia, stimulasi kognitif, dll.

- Memastikan adanya dukungan yang asertif dan suportif terhadap lansia selama dalam pengungsian.
- d. Memastikan kelancaran mekanisme rujukan, perlindungan bagi lansia, tindakan hukum yang terkoordinasi dengan baik**
- e. Memastikan ketersediaan logistik .**  
Perlu dilakukan pemantauan terhadap kebutuhan, pendistribusian, evaluasi penggunaannya.
- f. Memastikan pembiayaan, disesuaikan dengan peraturan yang berlaku di tingkat nasional, pemerintah daerah dalam penanggulangan bencana.**  
Pembiayaan dapat bersumber dari BNPB, BPJS, pemerintah pusat, pemerintah daerah, lembaga swadaya masyarakat lokal dan internasional, disesuaikan dengan kebijakan dan peraturan yang berlaku saat tanggap bencana terjadi;

## 2. Aspek-aspek Perlindungan Kesehatan Lansia

Perencanaan kegiatan bagi perlindungan dan pelayanan lansia harus mengikuti kaidah 'tidak memperburuk keadaan' (*do no harm*), dengan kata lain menghindari terkena risiko tambahan terhadap lansia karena tindakan perlindungan yang diberikan. Langkah-langkah perlindungan kesehatan lansia adalah sebagai berikut:

- a. Mencegah dan menangani berbagai risiko kekerasan pada lansia;**
  - Menyediakan layanan pelacakan atau penyatuan kembali keluarga yang hilang atau bercerai-berai;
  - Memastikan lansia yang terpisah dari keluarga dikumpulkan dengan keluarga/pendamping dan terjamin keamanannya;
  - Menempatkan toilet laki-laki dan perempuan secara terpisah di tempat yang aman, penerangan cukup, tidak licin, memiliki pegangan di dinding toilet dan dapat dikunci dari dalam;
  - Melibatkan lembaga/organisasi pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak di pengungsian untuk mencegah dan menangani kekerasan pada lansia;
  - Memberikan informasi kepada para lansia dan pendamping lansia tentang risiko tindakan kekerasan melalui brosur, selebaran, radio dan media lainnya tentang pelayanan bagi penyintas kekerasan, pelecehan, perkosaan dengan nomor telepon yang dapat dihubungi 24 jam;
  - Memastikan tersedianya petugas yang kompeten dalam menangani kasus kekerasan dan melibatkan tokoh/kader sebagai perantara penyintas dan petugas kesehatan;



1. Memastikan tersedianya pelayanan kesehatan jiwa dan dukungan psikososial;
2. Mendorong partisipasi dan kesadaran berbagai pihak terkait termasuk masyarakat terhadap tindak kekerasan bagi lansia;
3. Mencegah penularan HIV pada lansia aktif.

#### **b. Penanganan gizi lansia**

- Memastikan lansia mendapatkan bantuan makanan sesuai dengan kondisi kesehatannya;
- Melakukan koordinasi dengan subklaster penanganan gizi terutama pada tahap tanggap darurat krisis kesehatan awal di tingkat provinsi atau Kabupaten/kota;
- Mengidentifikasi faktor penyulit pemberian bantuan makanan berdasarkan hasil RHA;
- Memberikan makanan tambahan dan suplemen gizi sesuai persediaan dan kebutuhan (bila memungkinkan);
- Melakukan penyuluhan dan konseling baik individu maupun berkelompok dengan materi sesuai permasalahan yang ditemukan setelah kondisi mulai relatif kondusif;
- Memantau perkembangan status gizi lansia melalui survey gizi atau dengan menggunakan data sekunder yang dimiliki Puskesmas atau Dinas Kesehatan setempat.

#### **c. Penanganan Kesehatan Lingkungan**

- Melakukan koordinasi dengan penanggungjawab komponen kesehatan lingkungan terkait: pengendalian vektor penyakit, penyediaan akses dan sarana air bersih, pembuangan limbah (pampers, BAB, BAK);
- Berkoordinasi dengan dinas pekerjaan umum setempat untuk pembuatan dan pengaturan jamban;
- Berkoordinasi untuk pengawasan makanan dan minuman pengungsi lansia.
- Menangani lansia dengan penyakit parah.
- Memastikan tersedianya petugas kesehatan yang memiliki kompetensi menangani masalah kesehatan lansia;
- Berkoordinasi dengan rumah sakit yang memiliki fasilitas perawatan paliatif;
- Memantau kondisi kesehatan lansia yang dirujuk untuk mendapatkan perawatan paliatif;

### 3. Kebutuhan Esensial Melalui Kemitraan Multisektor

Pada tanggap tanggap darurat, respons mencakup aktivitas dan prosedur yang dirancang untuk meminimalkan dampak langsung dari keadaan darurat, bencana, atau krisis kemanusiaan.

Langkah-langkah yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut:

- a. Memastikan relawan, stakeholder yang terlibat mendapatkan informasi mengenai peran mereka dalam program PMKL;
- b. Melakukan koordinasi dengan subklaster pelayanan kesehatan untuk mendapatkan pelayanan rujukan di rumah sakit bagi korban lansia yang membutuhkan;
- c. Melakukan koordinasi dengan subklaster kesehatan Jiwa bila ditemukan lansia yang menunjukkan gejala trauma psikis, terpisah dari keluarga, ditinggalkan oleh keluarga atau menderita kebingungan mendadak (*acute confusional state*).
- d. Melakukan koordinasi dengan subklaster kesehatan reproduksi komponen maternal neonatal bila ditemukan kasus-kasus prolaps uteri/vagina pada lansia.
- e. Melakukan pelayanan lansia yang meninggal berkoordinasi dengan subklaster Identifikasi korban mati akibat bencana.
- f. Menyediakan tempat berlindung/tenda, makanan dan air bersih untuk mengantisipasi adanya wabah menular akibat lingkungan yang kurang bersih pada tahap awal tanggap bencana krisis kesehatan;
- g. Memantau perkembangan dan melibatkan pemuda/pemudi dalam evaluasi kegiatan dan perencanaan.

### 4. Kebutuhan Logistik Pelayanan Minimum Kesehatan Lanjut Usia

Terdapat beberapa kebutuhan logistik yang diperlukan dalam pelayanan minimum kesehatan lanjut usia, diantaranya

- a. tenda khusus kelompok lansia,
- b. obat-obatan untuk kesehatan lansia dan kit penanggulangan pertama, dan
- c. individual kit untuk lansia laki-laki dan perempuan.

## VII. PERAN BIDAN DALAM PELAYANAN MINIMUM KESEHATAN LANJUT USIA (PMKL)

1. Bidan adalah salah satu tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan lanjut usia selain dokter dan perawat pada situasi krisis kesehatan
2. Bidan harus mengumpulkan data target sasaran pelayanan minimal kesehatan lansia terutama lansia yang rentan dan berkebutuhan khusus
3. Bidan memberikan pelayanan minimum kesehatan lanjut usia di fasilitas kesehatan (puskesmas, tenda kesehatan reproduksi) dan pelayanan bergerak termasuk kunjungan rumah
4. Bidan melakukan rujukan untuk kasus komplikasi dan darurat kesehatan lanjut usia dan melakukan tindakan pra rujukan
5. Bidan melakukan monitoring ketersediaan alat dan obat dan bahan habis pakai untuk pelayanan minimum kesehatan lanjut usia di fasilitas kesehatan tempatnya bertugas dan mengajukan permintaan sesuai kebutuhan
6. Bidan melakukan pencatatan dan pelaporan untuk cakupan pelayanan minimum kesehatan lanjut usia secara rutin
7. Bidan mengidentifikasi permasalahan yang dihadapi di dalam penyediaan pelayanan minimum kesehatan lanjut usia dan melaporkan ke puskesmas/ dinas kesehatan untuk mencari jalan keluar permasalahan.

## VIII. PERBEDAAN PMKL SEBAGAI BAGIAN DARI PPAM DENGAN PELAYANAN KESEHATAN USIA LANJUT KOMPREHENSIF

Pelayanan Minimal Kesehatan Lanjut usia (PMKL) - PPAM	Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia Komprehensif
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aktivasi penanggung jawab PMKL dan koordinasi antar subklaster lain</li> <li>2. Peta wilayah, identifikasi faskes dan lansia terdampak bencana</li> <li>3. Pencegahan kesakitan, kecacatan, kekerasan, dan kematian lansia, reunifikasi lansia</li> <li>4. Pemberian bantuan layanan jiwa, dukungan psikososial, spiritual</li> <li>5. Memastikan mekanisme rujukan, kebutuhan logistik dan pembiayaan</li> <li>6. Memantau perkembangan dan pelibatan generasi muda</li> <li>7. Memastikan penyediaan layanan esensial multisektor (pemenuhan gizi, penanganan kesling, toilet dan tenda yang ramah lansia, air, sanitasi, dll)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan kegiatan advokasi tentang pentingnya Pelayanan Minimal Kesehatan Lanjut usia (PMKL)</li> <li>2. Penyediaan pelayanan kesehatan lanjut usia komprehensif</li> <li>3. Memastikan penyediaan layanan esensial multisektor (pemulihan tempat tinggal, pemenuhan gizi pendamping lansia/ caregiver, keberlanjutan pencegahan HIV, dll)</li> <li>4. Sosialisasi dan Advokasi Norma, Standard, Prosedur dan Kriteria (NSPK) bencana untuk 3 aspek PMKL</li> <li>5. Melakukan pelatihan tentang Pelayanan Minimal Kesehatan Lanjut usia untuk tenaga kesehatan</li> <li>6. Melakukan kegiatan kesiapsiagaan untuk PMKL: deteksi wilayah dengan kerentanan lansia, penyiapan logistik dll.</li> </ol>

## IX. INDIKATOR UNTUK MEMONITOR PENCAPAIAN PELAYANAN MINIMUM KESEHATAN LANJUT USIA (PMKL) SEBAGAI BAGIAN DARI MONITORING DAN EVALUASI

### 1. Tersedianya kesehatan umum dan kesehatan reproduksi

No	Indikator kualitatif	Ya	Tidak
1	Rapat koordinasi dilakukan dengan lembaga dan organisasi yang bergerak di bidang kesehatan lansia untuk menentukan sub koordinator sesuai dengan bidang kerjanya.		
2	Pengenalan PMKL dan penyusunan rencana kerja dilakukan		
3	Pertemuan rutin dilakukan sesegera mungkin dengan lintas program/ lintas sektor kesehatan lansia dan organisasi terkait untuk menyelenggarakan PMKL.		
4	Kegiatan rutin dilaporkan untuk disampaikan kepada anggota maupun lembaga atau sektor terkait lainnya		
5	Pelayanan kesehatan lansia di tempat pengungsian tersedia.		
6	Ketersediaan dan distribusi logistik kesehatan lansia dikoordinasikan		
7	Pertemuan dan berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan maupun BNPB dihadiri		

No	Indikator kualitatif	Jumlah
1	Jumlah pertemuan koordinasi kesehatan lansia yang dilakukan selama 3 bulan pertama	
2	Jumlah pertemuan koordinasi kesehatan yang dihadiri oleh tim kesehatan lansia yang melaporkan perkembangan pelaksanaan PMKL, dll	

### 2. Perlindungan Sosial

No	Indikator kualitatif	Ya	Tidak
1	Koordinasi dengan BNPB/BPBD dan dinas sosial dilakukan untuk menempatkan lansia di pengungsian dan memastikan satu keluarga berada dalam tenda yang sama. Lansia perempuan yang menjadi kepala keluarga dan anak yang terpisah dari keluarga dikumpulkan di dalam satu tenda.		
2	Pelayanan kesehatan reproduksi pada tenda pengungsian dipastikan tersedia.		
3	Toilet laki-laki dan perempuan tersedia secara terpisah di tempat yang aman dengan penerangan yang cukup dan dipastikan pintu toilet dapat dikunci dari dalam.		
4	Koordinasi dengan penanggung jawab keamanan untuk mencegah terjadinya kekerasan seksual dilakukan.		
5	Lembaga-lembaga/organisasi yang bergerak di bidang pemberdayaan perempuan dan lansia perempuan di pengungsian dalam perencanaan dan pelaksanaan program kegiatan di pengungsian dilibatkan.		

No	Indikator kualitatif	Ya	Tidak
6	Informasi tentang pelayanan bagi penyintas perkosaan dan HIV-AIDS diberikan dengan informasi telepon yang bisa dihubungi 24 jam. Informasi dapat diberikan melalui leaflet, selebaran, radio, dll.		
7	Petugas yang bertanggung jawab terhadap penanganan kasus kekerasan (seksual, fisik, mental, sosial dan ekonomi) bagi lansia dipastikan ada.		
8	Layanan medis dan psikososial di organisasi/lembaga yang berperan serta mekanisme rujukan perlindungan dan hukum terkoordinasi untuk penyintas dipastikan tersedia.		
9	Fasilitas ibadah yang sesuai dengan budaya setempat atau kearifan lokal disediakan.		

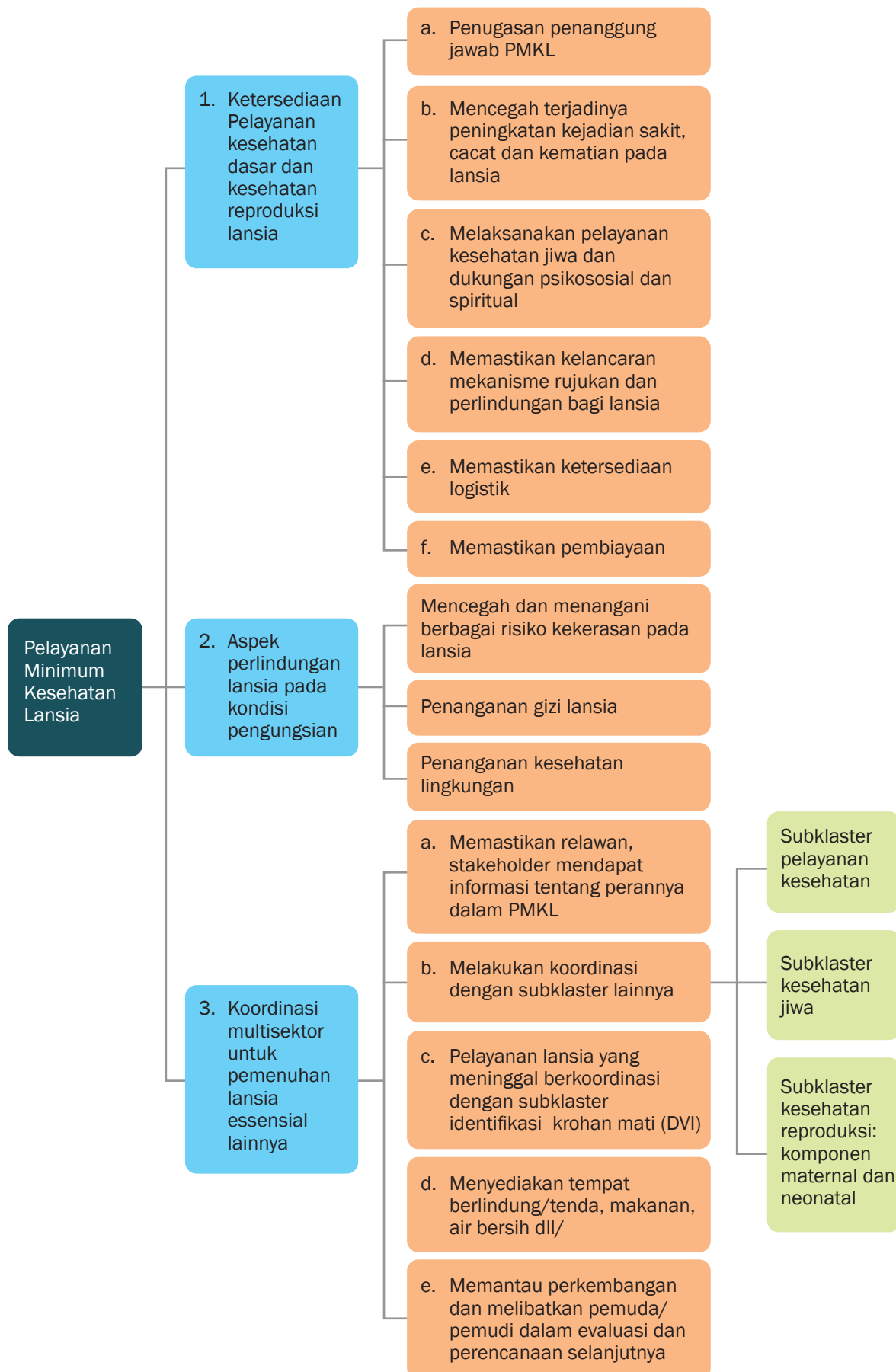
No	Indikator kualitatif	Jumlah
1	Jumlah kasus kekerasan (seksual, fisik, mental, sosial dan ekonomi) yang dilaporkan.	
2	Jumlah kasus kekerasan seksual yang mendapat layanan medis dalam waktu 72 jam.	
3	Jumlah kasus kekerasan yang dirujuk ke fasilitas lain: a. RS b. LSM untuk bantuan hukum	
4	Jumlah fasilitas yang dapat memberikan pelayanan untuk penyintas perkosaan selama 24 jam/7 hari.	
5	Jumlah pelayanan penyintas kekerasan berbasis gender yang tersedia.	

### 3. Pemenuhan kebutuhan esensial multisektor

No	Indikator kualitatif	Ya	Tidak
1	Pentingnya kewaspadaan standar sejak awal dimulainya koordinasi ditekankan dan dipastikan penerapannya.		
2	Kelanjutan pengobatan bagi lansia yang telah masuk program ARV, termasuk perempuan yang terdaftar dalam Program Pencegahan Penularan HIV dari Lansia LakiLaki ke Istri dan Perempuan Lainnya dipastikan tersedia		
3	Kondom secara gratis tersedia dengan berkoordinasi dengan lembaga yang bekerja di bidang keluarga berencana, Kementerian Kesehatan, BKKBN, LSM lainnya.		
4	Kit lansia untuk laki-laki dan perempuan tersedia.		
5	Informasi nomor telepon 24 jam yang bisa dihubungi untuk kelanjutan pengobatan ARV dipasang.		

No	Indikator kualitatif	Jumlah
1	Jumlah <i>kit</i> untuk lansia laki-laki.	
2	Jumlah <i>kit</i> untuk Lansia perempuan.	
3	Jumlah ODHIV yang melanjutkan pengobatan dengan ARV.	
4	Jumlah laki-laki lansia seksual aktif.	
5	Jumlah fasilitas pelayanan kesehatan yang memiliki alat dan bahan untuk penerapan kewaspadaan standar.	

## X. DIAGRAM ALUR (MIND MAPPING) UNTUK PELAYANAN MINIMUM KESEHATAN LANJUT USIA (PMKL)



## **XI. RANGKUMAN**

1. Kelompok lanjut usia selain merupakan kelompok rentan juga memiliki potensi pada krisis kesehatan.
2. Selama ini belum ada subklaster yang melakukan penanganan kesehatan lanjut usia pada situasi krisis kesehatan dan sering terabaikan, sehingga saat ini dimasukkan menjadi salah satu komponen pengembangan PPAM kesehatan Reproduksi di Indonesia.
3. Pelayanan minimum kesehatan lansia difokuskan untuk
  - a. memastikan ketersediaan dan aksesibilitas pelayanan kesehatan umum dan reproduksi lansia.
  - b. Meningkatkan aspek-aspek perlindungan kesehatan lansia pada kondisi pengungsian.
  - c. memenuhi kebutuhan esensial lansia melalui kemitraan multi sectoral.

## **XII. DAFTAR PUSTAKA**

1. Kementerian Kesehatan, 2021, Pedoman Operasional Implementasi Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi pada Krisis Kesehatan.
2. Kementerian Kesehatan, 2020, Pedoman Pelayanan Minimum Kesehatan Lanjut Usia (PMKL) pada Krisis Kesehatan.



# MATERI 10

**MERENCANAKAN PELAYANAN KESEHATAN  
REPRODUKSI KOMPREHENSIF DAN TERINTEGRASI  
KE DALAM PELAYANAN KESEHATAN PRIMER PADA  
SITUASI STABIL PASCAKRISIS KESEHATAN**



## I. DESKRIPSI SINGKAT

Materi ini membahas tentang penyusunan rencana pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif yang merupakan komponen terakhir dari PPAM yang mencakup informasi tentang langkah-langkah apa yang harus dilakukan, kapan dan bagaimana cara melakukannya. Juga dibahas mengenai aspek-aspek apa yang harus dipertimbangkan dalam menyusun rencana pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif serta tentang 6 blok pembangun sistem kesehatan berdasarkan rekomendasi World Health Organization (WHO).

## II. TUJUAN PEMBELAJARAN

### A. Hasil belajar

Setelah membahas materi ini, mahasiswa diharapkan memahami tentang bagaimana mekanisme dan langkah-langkah dalam merencanakan pelayanan kesehatan reproduksi yang komprehensif yang terintegrasi ke pelayanan kesehatan primer.

### B. Indikator hasil belajar

Setelah mempelajari materi ini mahasiswa:

1. Memahami tentang mekanisme untuk merencanakan pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif: langkah-langkah yang dilakukan, siapa yang melakukan dan waktu pelaksanaannya.
2. Memahami aspek penting yang harus dipertimbangkan pada saat menyusun perencanaan.
3. Mengetahui tentang enam blok pembangun sistem kesehatan berdasarkan rekomendasi WHO.
4. Langkah-langkah yang harus dilakukan untuk masing-masing blok pembangun sistem kesehatan.

## III. POKOK BAHASAN

Dalam modul ini akan dibahas pokok bahasan sebagai berikut yaitu :

1. Mekanisme untuk merencanakan pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif: langkah-langkah yang dilakukan, siapa yang melakukan dan waktu pelaksanaannya.
2. Aspek penting yang harus dipertimbangkan saat menyusun perencanaan.
3. Enam blok pembangun sistem kesehatan berdasarkan rekomendasi WHO.
4. Langkah-langkah yang harus dilakukan untuk masing-masing blok pembangun sistem kesehatan.

#### IV. BAHAN BELAJAR

1. Materi tentang Perencanaan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Secara Komprehensif pada Situasi Stabil
2. LCD
3. Laptop
4. Papan Tulis/lembar *flipchart*
5. Spidol
6. Metaplan.

#### V. METODE PEMBELAJARAN

Menggunakan pendekatan *student-centered learning*, studi kasus.

#### VI. URAIAN MATERI

Setelah masa tanggap darurat berakhir, dukungan kesehatan reproduksi diarahkan untuk ketersediaan pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif seperti pada situasi normal yang menekankan kebutuhan layanan berdasarkan siklus hidup yaitu sejak dalam kandungan, bayi, balita, remaja, dewasa hingga lanjut usia; dilaksanakan secara terpadu mulai dari promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif dan terintegrasi antar program (misalnya KIA-KB, IMS-HIV, kekerasan seksual, kesehatan reproduksi remaja dll). Termasuk di dalamnya pelayanan kesehatan balita dan pelayanan kesehatan lanjut usia yang komprehensif. Dengan demikian, melalui pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu (PKRT) tersedia '*one-stop services*' layanan kesehatan reproduksi berkualitas.

Langkah-langkah yang dilakukan:

Sebelum merencanakan pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif dan menyiapkan enam blok sistem kesehatan, berikut adalah langkah-langkah persiapan yang harus dilakukan:

##### a. **Melanjutkan, memperluas dan meningkatkan pelayanan klinis dari PPAM dan penyusunan pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif lainnya**

Tujuh komponen penyediaan pelayanan dari PPAM (mencegah kekerasan seksual dan merespon kebutuhan penyintas, mencegah penularan dan mengurangi kesakitan dan kematian akibat HIV dan IMS lainnya, mencegah meningkatnya kesakitan dan kematian maternal dan neonatal, dan mencegah kehamilan yang tidak direncanakan, kesehatan reproduksi remaja dan pelibatan remaja, pelayanan minimum kesehatan balita dan pelayanan minimum kesehatan lanjut usia) telah membentuk dasar bagi program kesehatan reproduksi nasional yang baik dan berkualitas baik. Ketika merencanakan penyediaan pelayanan kesehatan reproduksi yang komprehensif, layanan klinis yang diberikan sebagai bagian dari PPAM harus berkelanjutan, ditingkatkan kualitasnya, dan diperluas dengan layanan dan penyusunan program kesehatan reproduksi komprehensif lainnya di sepanjang krisis yang berkelanjutan, serta pada tahap pemulihan, dan rekonstruksi.

**b. Memastikan keberlanjutan pelayanan dan menyediakan pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif pada tahap pemulihan dan rekonstruksi**

Pada prinsipnya, pelayanan klinis PPAM harus tersedia secara berkelanjutan dan dibangun berdasarkan kesenjangan yang teridentifikasi, keberhasilan, dan dengan cara menyediakan pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif selama tahap pemulihan dan rekonstruksi.

**c. Koordinasikan perluasan dari pelayanan PPAM menjadi program kesehatan reproduksi komprehensif yang berkualitas**

Segera setelah memungkinkan, koordinasikan perluasan dari pelayanan PPAM menjadi program kesehatan reproduksi komprehensif yang berkualitas dengan semua pemangku kepentingan, yang sesuai dengan situasi dan kondisi dan sesuai dengan respon darurat yang dilakukan.

**d. Rencanakan untuk mendapatkan masukan dari masyarakat tentang respon awal untuk mengidentifikasi kesenjangan, keberhasilan, dan upaya untuk perbaikan**

Setelah situasi stabil dan saat mempersiapkan pelayanan kesehatan reproduksi yang komprehensif, rencanakan untuk mendapatkan masukan dari masyarakat tentang respon awal untuk mengidentifikasi kesenjangan, keberhasilan, dan upaya untuk perbaikan. Implementasi PPAM tidak hanya memerlukan koordinasi untuk membuat pelayanan klinis yang menyelamatkan jiwa tersedia, juga penting untuk mulai melaksanakan kesehatan reproduksi yang komprehensif sesegera mungkin. Ini membutuhkan visi, kepemimpinan, keterampilan koordinasi yang efektif, dan pemahaman yang baik tentang situasi lokal dan peluang yang terkait dengan rekonstruksi sistem kesehatan.

**e. Melakukan perencanaan jangka panjang dengan tujuan untuk mengintegrasikan pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif ke dalam upaya rekonstruksi sistem kesehatan**

Rangsang perencanaan partisipatif dengan mitra nasional dan internasional segera setelah indikator PPAM tercapai dan ketika proses mobilisasi dana dan lembaga kemanusiaan memulai melakukan perencanaan jangka panjang dengan tujuan untuk mengintegrasikan pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif ke dalam upaya rekonstruksi sistem kesehatan nasional.

**1. Bekerja sama dengan mitra sektor/klaster kesehatan untuk menyiapkan enam blok pembangunan sistem kesehatan, termasuk: pemberian pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan, sistem informasi kesehatan, komoditas medis, pembiayaan, dan tata kelola dan kepemimpinan**

Untuk sepenuhnya mencapai tujuan ke 9 PPAM dan mendukung pemangku kepentingan lokal dan internasional dalam merencanakan penyediaan pelayanan kesehatan reproduksi yang komprehensif, beberapa aspek penting perlu dipertimbangkan. Komunikasi antar pengambil keputusan

(termasuk pemerintah nasional) dan mitra pelaksana:

- Pembiayaan yang adekuat
- Koordinasi yang efektif
- Manajemen rantai pasokan (*supply chain management*)
- Manajemen sumber daya manusia
- Monitoring dan evaluasi
- Sistem berbagi informasi, umpan balik dan akuntabilitas ke penduduk yang terkena dampak
- Menyusun *exit strategy* bagi mitra kerja.

### **KAPAN**

Perencanaan untuk integrasi pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif ke dalam pelayanan kesehatan dasar dilakukan saat dimulainya respon bencana. Kegagalan dalam melakukan hal ini akan menyebabkan tertundanya pelayanan yang akan meningkatkan risiko kehamilan yang tidak direncanakan, penularan IMS, komplikasi yang timbul akibat KBG and kesakitan dan kematian maternal dan neonatal, kesakitan dan kematian balita dan lansia.

### **BAGAIMANA**

Stimulasi dan dukung perencanaan partisipatif di antara pemangku kepentingan nasional dan mitra kerja nasional dan internasional secepatnya setelah indikator-indikator PPAM tercapai dan ketika proses pengajuan proposal dan lembaga kemanusiaan memulai proses perencanaan untuk jangka waktu yang lebih lama. Tujuan dari proses perencanaan partisipatif adalah untuk mengintegrasikan kesehatan reproduksi yang komprehensif ke dalam upaya rekonstruksi sistem kesehatan nasional melalui rencana kerja kolektif untuk kesehatan reproduksi yang komprehensif. Pastikan bahwa komponen pelayanan komprehensif terintegrasi ke dalam proses pendanaan dan perencanaan untuk jangka waktu yang lebih lama.

### **APA**

Tabel di bawah ini menunjukkan contoh apa yang harus dinilai dan direncanakan untuk setiap blok pembangun sistem kesehatan WHO

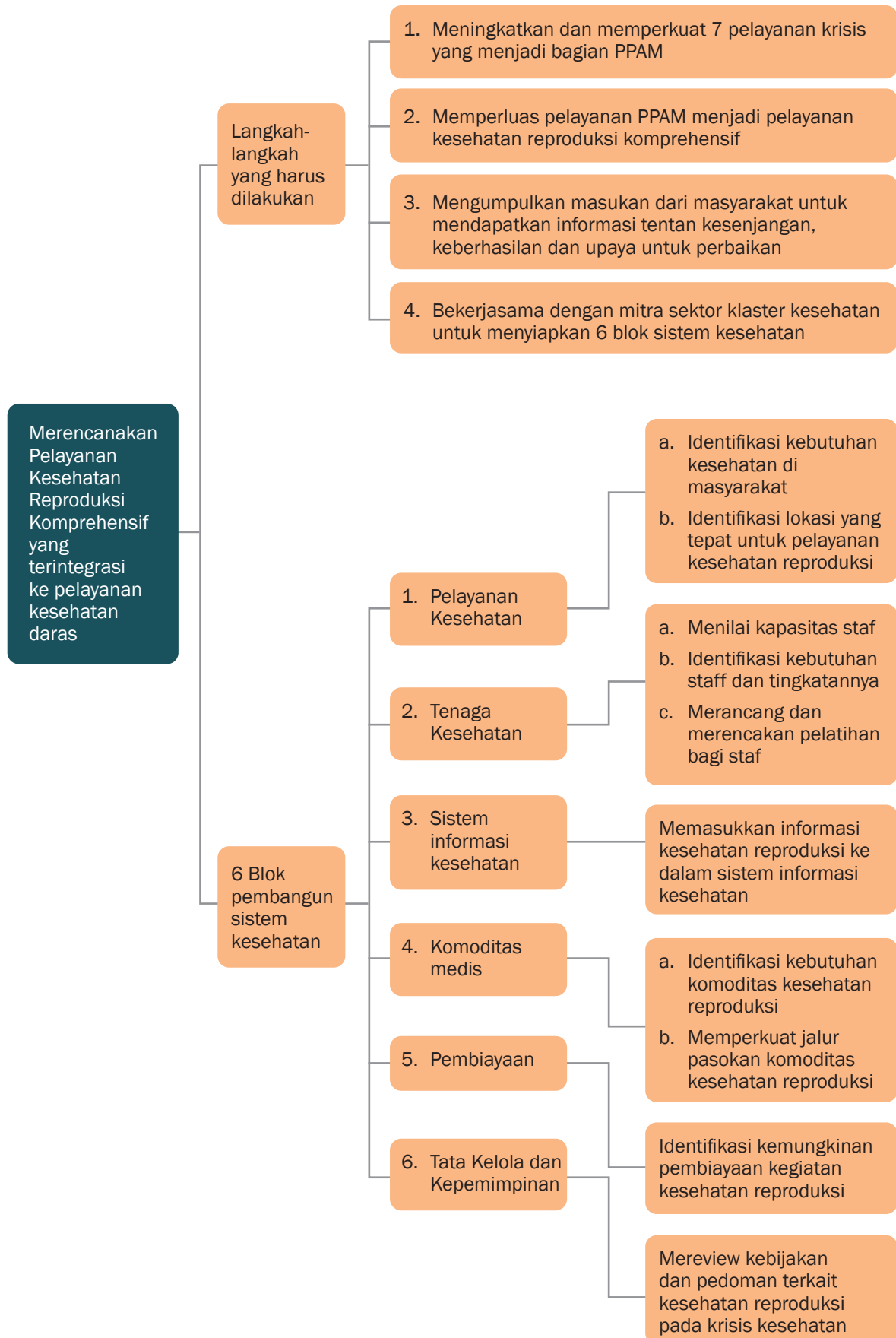
**Tabel 15: Merencanakan pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif menggunakan blok pembangun sistem kesehatan**

Blok pembangun sistem kesehatan	Ketika merencanakan untuk pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif
Pelayanan Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identifikasi kebutuhan kesehatan di masyarakat</li> <li>▪ Identifikasi lokasi yang tepat untuk pelayanan kesehatan reproduksi</li> </ul>
Tenaga kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Menilai kapasitas staf</li> <li>▪ Identifikasi kebutuhan staf dan tingkatannya</li> <li>▪ Merancang dan merencanakan pelatihan untuk staf</li> </ul>
Sistem Informasi Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Memasukkan informasi kesehatan reproduksi ke dalam sistem informasi kesehatan</li> </ul>
Komoditas medis	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identifikasi kebutuhan komoditas kesehatan reproduksi</li> <li>▪ Memperkuat jalur pasokan komoditas kesehatan reproduksi</li> </ul>
Pembiayaan	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identifikasi kemungkinan pembiayaan kegiatan kesehatan reproduksi</li> </ul>
Tata kelola dan kepemimpinan	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mereview kebijakan dan pedoman terkait kesehatan reproduksi pada krisis kesehatan</li> </ul>

## VII. DAFTAR INDIKATOR: MERENCANAKAN PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI KOMPREHENSIF YANG TERINTEGRASI KE PELAYANAN KESEHATAN DASAR

No	Indikator	Ya	Tidak
<b>a</b>	<b>Pelayanan kesehatan</b>		
	Kebutuhan kesehatan reproduksi di masyarakat terpenuhi		
	Identifikasi lokasi yang tepat untuk pelayanan kesehatan reproduksi dilakukan		
<b>b</b>	<b>Tenaga kesehatan</b>		
	Penilaian kapasitas staff dilakukan		
	Identifikasi kebutuhan staf dan tingkatannya		
	Merencanakan dan merancang pelatihan untuk staff		
<b>c</b>	<b>Sistem Informasi Kesehatan</b>		
	Informasi dan data kesehatan reproduksi masuk ke dalam sistem informasi kesehatan		
<b>d</b>	<b>Komoditas medis</b>		
	Kebutuhan komoditas kesehatan reproduksi diidentifikasi		
	Jalur supply/pasokan komoditas kesehatan reproduksi diidentifikasi dan diperkuat		
<b>e</b>	<b>Pembiayaan</b>		
	Kemungkinan sumber pembiayaan kesehatan reproduksi diidentifikasi		
<b>f</b>	<b>Tata kelola dan kepemimpinan</b>		
	Mereview kebijakan dan pedoman terkait kesehatan reproduksi pada krisis kesehatan		

## VIII. DIAGRAM ALUR (MIND MAPPING) PERENCANAAN KESEHATAN REPRODUKSI YANG TERINTEGRASI KE PELAYANAN KESEHATAN DASAR.





## **IX. RANGKUMAN**

1. Perencanaan kesehatan reproduksi komprehensif dilakukan segera setelah situasi lebih stabil dan memungkinkan dengan melibatkan semua pemangku kepentingan termasuk mitra kerja nasional dan mitra pembangunan (mitra internasional).
2. Perencanaan kesehatan reproduksi komprehensif dimulai dengan memperkuat 7 jenis pelayanan klinis yang menjadi bagian dari PPAM dan memperluas pelayanan PPAM.
3. Perencanaan kesehatan reproduksi komprehensif disusun dengan menggunakan 6 blok pembangun sistem kesehatan berdasarkan rekomendasi WHO.

## **X. DAFTAR PUSTAKA**

1. Kementerian Kesehatan, 2021, Pedoman Operasional Implementasi Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi pada Krisis Kesehatan
2. Inter-Agency Working Group (IAWG) on Reproductive Health in Emergency, 2018, Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings.



# MATERI 11

## LOGISTIK UNTUK PELAKSANAAN PPAM PADA SITUASI KRISIS KESEHATAN



## I. DESKRIPSI SINGKAT

Materi ini membahas tentang dukungan logistik kesehatan reproduksi untuk pelaksanaan PPAM pada krisis kesehatan. Termasuk didalamnya jenis logistik yang dibutuhkan, logistik yang terkait pelayanan kesehatan reproduksi yang dilakukan oleh bidan, peran khusus bidan dalam mendukung ketersediaan dan penggunaan logistik PPAM. Di materi ini juga dibahas tentang tenda kesehatan reproduksi yang merupakan salah satu intervensi yang dilakukan untuk memberikan pelayanan kesehatan reproduksi sementara puskesmas mengalami kerusakan parah atau di lokasi pengungsian yang padat pengungsi dan terletak jauh dari fasilitas kesehatan. Jenis pelayanan yang disediakan di tenda kesehatan reproduksi dan peran strategis bidan dalam memberikan pelayanan di tenda kesehatan reproduksi, juga akan dijabarkan di materi ini.

## II. TUJUAN PEMBELAJARAN

### A. Hasil belajar

Setelah mengikuti materi ini peserta didik mendapat pengetahuan tentang logistik yang dibutuhkan untuk pelaksanaan PPAM pada krisis kesehatan dan penggunaannya.

### B. Indikator hasil belajar

Setelah mempelajari materi ini peserta didik mampu:

1. Menjelaskan tentang kebutuhan logistik PPAM Kespro pada situasi krisis kesehatan
2. Mengetahui peran strategis bidan dalam mendukung ketersediaan dan pemanfaatan logistik kesehatan reproduksi
3. Menjelaskan tentang intervensi tenda kesehatan reproduksi
4. Menjelaskan peran strategis bidan terkait pelayanan yang disediakan di tenda kesehatan reproduksi.

## III. POKOK BAHASAN

Pokok Bahasan dan sub pokok bahasan:

1. Kebutuhan logistik untuk pelaksanaan PPAM pada situasi krisis kesehatan.
2. Peran strategis bidan dalam mendukung ketersediaan dan pemanfaatan logistik kesehatan reproduksi.
3. Intervensi tenda kesehatan reproduksi pada krisis kesehatan.
4. Peran strategis bidan terkait pelayanan yang disediakan di tenda kesehatan reproduksi.

## IV. BAHAN BELAJAR

1. Modul Kebutuhan logistik untuk Pelaksanaan PPAM pada Situasi Krisis Kesehatan
2. LCD
3. Laptop
4. Papan tulis/ lembar *flipchart*
5. Contoh *individual kit*
6. Lembar studi kasus
7. Spidol
8. Kalkulator

## V. LANGKAH-LANGKAH PEMBELAJARAN

Menggunakan pendekatan pendekatan *student-centered learning*.

## VI. URAIAN MATERI

Untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan reproduksi yang optimal bagi penduduk yang terkena dampak krisis kesehatan dan untuk mendukung pelaksanaan PPAM pada tahap tanggap darurat kesehatan, diperlukan ketersediaan logistik yang memadai. Ketersediaan pasokan logistik sangat penting karena cakupan pelayanan kesehatan reproduksi adalah sangat luas dan mencakup 9 komponen PPAM, maka perlu ditunjuk penanggung jawab dari anggota subklaster kesehatan reproduksi.

Secara umum logistik untuk pelaksanaan PPAM terdiri dari:

1. Alat, obat dan bahan habis pakai untuk memberikan pelayanan kesehatan reproduksi (semua komponen PPAM), kesehatan balita, remaja dan lanjut usia.
2. *Kit* individu: *dignity kit/kit* khusus perempuan, *kit* ibu hamil, ibu melahirkan, bayi baru lahir, remaja dan lansia
3. Logistik pelayanan kesehatan balita
4. Logistik pelayanan kesehatan lanjut usia
5. Peralatan penunjang lain: tenda kesehatan reproduksi, tenda bidan, tenda multifungsi, generator, buku KIA, materi komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE), identitas lembaga, dll.



Alur Penyediaan Logistik PPAM Kesehatan Reproduksi

## Alat, obat, dan bahan habis pakai untuk pelayanan kesehatan reproduksi

Untuk memberikan pelayanan kesehatan reproduksi di fasilitas kesehatan:

### 1. *Kit* bidan

Merupakan paket alat, obat dan bahan habis pakai untuk pertolongan persalinan. Perlu dipastikan alat dan obat lengkap serta periksa tanggal kedaluwarsa dari obat-obatan tersebut. *Kit* didistribusikan kepada bidan yang bertugas di daerah terdampak/di lokasi pengungsian. Pastikan tersedia transportasi dan akses menuju lokasi terdampak. *Kit* diberikan apabila tidak tersedia peralatan pertolongan persalinan/alat-alat kebidanan mengalami kerusakan atau hilang saat terjadi bencana.

### 2. *Kit* kesehatan reproduksi

- Berupa paket-paket yang berisi obat dan alat kesehatan yang dikemas sesuai dengan pelayanan yang diberikan pada komponen PPAM kesehatan reproduksi.
- Hanya digunakan pada bencana besar dimana infrastruktur kesehatan rusak/tidak berfungsi sehingga fasilitas pelayanan kesehatan tidak mampu melakukan pelayanan kesehatan.
- Apabila dibutuhkan segera, *kit* kesehatan reproduksi dalam bentuk paket juga dapat didatangkan dari Copenhagen, Denmark, untuk keperluan minimal 3 bulan.
- *Kit* kesehatan reproduksi diadaptasi dari standar internasional yang disesuaikan dengan kebijakan dan standar pelayanan kesehatan reproduksi di Indonesia. Daftar peralatan dan obat-obatan di dalam *kit* kesehatan reproduksi yang telah diadaptasi terdapat dalam Buku Pedoman Dukungan Logistik PPAM Kesehatan Reproduksi pada Krisis Kesehatan.
- *Kit* kesehatan reproduksi hanya dipakai pada bencana besar dimana banyak infrastruktur kesehatan yang rusak, tidak berfungsi dan tidak mampu melakukan pelayanan kesehatan seperti biasanya. Kebutuhan kit tergantung pada banyaknya pengungsi, jenis pelayanan yang akan diberikan serta perkiraan lamanya waktu mengungsi.

Koordinator subklaster kesehatan reproduksi dan penanggung jawab komponen logistik mengatur penyediaan dan pendistribusian *kit* kesehatan reproduksi dengan cara

- a. berkoordinasi untuk mendata fasilitas pelayanan kesehatan yang rusak dan tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan reproduksi; dan

- b. mengusulkan kebutuhan *kit* kesehatan reproduksi melalui dinas kesehatan provinsi/kabupaten/kota.
- Dinas kesehatan provinsi/kabupaten/kota dapat mengadakan sendiri kebutuhan *kit* kesehatan reproduksi dengan mengacu pada Buku Pedoman Dukungan Logistik untuk Pelaksanaan PPAM.
  - Dinas kesehatan setempat dapat mengajukan permohonan penyediaan *kit* kesehatan reproduksi melalui surat kepada Kementerian Kesehatan c.q. Direktur Kesehatan Keluarga. Kementerian Kesehatan akan meneruskan permohonan tersebut kepada UNFPA Indonesia untuk mendukung penyediaan *kit* kesehatan reproduksi dari gudang logistik internasional untuk bencana di Copenhagen - Denmark.
  - Dinas kesehatan provinsi atau kabupaten/kota dapat berkoordinasi dengan lembaga/institusi/pihak lain yang bergerak dalam bidang kemanusiaan untuk pengadaan *kit* kesehatan reproduksi.
- c. Memastikan tersedianya transportasi dan akses menuju lokasi untuk distribusi *kit*.
- d. Menyiapkan tempat/lokasi/gudang untuk penyimpanan *kit* kesehatan reproduksi sementara) yang memadai sebelum didistribusi.
- e. Memeriksa kelengkapan alat dan obat serta tanggal kedaluwarsa dari lampiran yang tersedia di luar *kit* kesehatan reproduksi sebelum didistribusikan.
- f. Mendistribusikan *kit* kesehatan reproduksi sesuai dengan kriteria fasilitas kesehatan (fasilitas kesehatan tingkat pertama, fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut, dll).
- g. Memberikan penjelasan dan pemahaman tentang cara penggunaan *kit* kesehatan reproduksi.
- h. Menyerahkan *kit* kepada penanggung jawab kegiatan/kepala puskesmas dan atau rumah sakit dengan menandatangani berita acara serah terima barang.

**Tabel 16 Perbandingan Kit Kesehatan Reproduksi di Tingkat Global dan yang Telah Diadaptasi di Indonesia**

Kit Kesehatan Reproduksi Internasional		Kit Kesehatan Reproduksi yang disesuaikan dengan kondisi Indonesia	
Kit 1A	<i>Kit kondom laki-laki*</i>	Kit 1	<i>Kit kondom</i>
Kit 2	<i>Kit persalinan bersih individu (bagian A dan B)</i>	-*	Di Indonesia <i>Kit No. 2</i> tidak diadaptasi
Kit 3	<i>Kit perawatan korban perkosaan</i>	Kit 3	<i>Kit perawatan korban perkosaan</i>
Kit 4	<i>Kit kontrasepsi oral dan suntik</i>	Kit 4	<i>Kit kontrasepsi oral dan suntik</i>
Kit 5	<i>Kit pengobatan penyakit menular seksual</i>	Kit 5	<i>Kit pengobatan penyakit menular seksual</i>
Kit 6	<i>Kit pertolongan persalinan di klinik</i>	Kit 6	<i>Kit pertolongan persalinan di klinik</i>
Kit 7	Masuk ke dalam komoditas tambahan**	Kit 7	<i>Kit Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR/IUD) dan pencabutan implant</i>
Kit 8	<i>Kit penanganan keguguran dan komplikasi keguguran</i>	Kit 8	<i>Kit penanganan keguguran dan komplikasi</i>
Kit 9	<i>Kit jahitan robekan leher rahim dan vagina</i>	Kit 9	<i>Kit jahitan robekan leher rahim dan vagina</i>
Kit 10	<i>Kit persalinan dengan ekstraksi vakum</i>	Kit 10	<i>Kit persalinan dengan ekstraksi vakum</i>
Kit 11	<i>Kit tingkat rujukan untuk kesehatan reproduksi (komplikasi kebidanan parah dan kit operasi kebidanan)</i>	Kit 11	<i>Kit tingkat rujukan untuk kesehatan reproduksi</i>
Kit 12	<i>Kit transfusi darah</i>	Kit 12	<i>Kit transfusi darah</i>

Warna pada masing-masing kit di tabel di atas sesuai dengan kode warna yang ada di kemasan kit kesehatan reproduksi.

**Catatan:**

Pada tahun 2019, telah dilakukan revisi dari kit kesehatan reproduksi di tingkat internasional dengan beberapa perubahan.

1. *Kit* kesehatan reproduksi tidak lagi dibagi berdasarkan blok melainkan berdasarkan tingkat fasilitas kesehatan yaitu
  - a. tingkat masyarakat
  - b. fasilitas kesehatan dasar (setingkat puskesmas PONED)
  - c. fasilitas kesehatan rujukan (setingkat RS PONEK)



## 2. Perubahan pada *kit* kontrasepsi

### a. *Kit* 1 terdiri dari:

- *Kit* 1A: kondom laki-laki
- *Kit* 1B: kondom perempuan: menjadi bagian dari komoditas pelengkap (*complementary commodity*)

### b. *Kit* 7 terdiri dari:

- *Kit* 7A: kit IUD menjadi bagian dari komoditas pelengkap
- *Kit* 7B: kit implan menjadi bagian dari komoditas pelengkap

## 3. Komoditas pelengkap

Tambahan komoditas pelengkap adalah satu set alat, bahan habis pakai dan obat yang dapat dipesan dalam kondisi tertentu untuk melengkapi *kit* yang ada:

- Dimana penyedia layanan telah dilatih untuk menggunakan pasokan khusus.
- Di mana jenis komoditas tersebut sudah dipakai sebelum terjadi krisis.
- Dalam situasi darurat konflik yang berkepanjangan (meskipun upaya harus diarahkan untuk mendapatkan barang-barang ini dari jalur pengadaan lokal dan regional yang lebih berkelanjutan).
- Di mana penggunaan komoditas ini diizinkan secara legal di negara tersebut.

**Tabel 17 Isi Komoditas Pelengkap Kit Kesehatan Reproduksi**

Tingkat fasilitas kesehatan	Item	Pelengkap kit
Koordinasi	Kit administrasi dan training	Semua kit
Masyarakat/pos kesehatan	Kit 1B: kondom perempuan	Kit 1A
	Gel Chlorhexidine untuk perawatan tali pusat	Kit 2A
	Misoprostol	Kit 2A, 6B dan 8
	Kit untuk perawatan bayi baru lahir (tingkat masyarakat)	Kit 2A dan 2B
	Depot medroxyprogesterone acetate (DMPA-SC): suntik KB mandiri (tidak dipakai di Indonesia)	Kit 4
Tingkat pelayanan kesehatan dasar (PONED)	Kit 7A: IUD	Kit 4
	Kit 7B: Implant	Kit 4
	<i>Non pneumatik anti-shock garment</i> (pakaian untuk mencegah shock)	Kit 6A
	Kit untuk perawatan bayi baru lahir (tingkat pelayanan kesehatan dasar)	Kit 6A dan 6B
	Oxytocin	Kit 6B dan 11B
	Inter-agency Emergency Kit (Dasar dan pelengkap untuk malaria)	Kit 6B dan 11B
	Mifepristone (tidak dipakai di Indonesia)	Kit 8
	Persalinan dengan alat vacuum manual (genggam)	Kit 10
Tingkat pelayanan rujukan (PONEK)	Kit perawatan bayi baru lahir (kit untuk RS)	Kit 11A dan 11B

### 3. Kit Individu

- Merupakan paket individu yang berisi pakaian, perlengkapan kebersihan diri, alat perlindungan dan kebutuhan dasar pengungsi untuk hidup di pengungsian secara layak dan bermartabat dan dikemas dalam tas dengan warna tertentu.
- *Kit* diberikan sesegera mungkin pada awal terjadi krisis kesehatan sesuai kebutuhan dari hasil kaji cepat tim lapangan dan tidak didistribusikan secara random tapi diberikan secara terintegrasi dengan intervensi yang dilakukan. Misalnya *kit* ibu hamil diberikan pada ibu hamil saat datang memeriksakan kehamilan di tenda kesehatan reproduksi, *kit kit* pasca melahirkan dan *kit* bayi baru lahir diberikan pada ibu yang melahirkan di fasilitas kesehatan dll.
- Diberikan penjelasan bagaimana cara penggunaannya, seperti penggunaan peluit, pembalut pakai ulang, senter, dll.

- Pendistribusian *kit dignity* dan *kit* individu akan mengikuti panduan yang disusun sesuai dengan kondisi daerah yang terdampak krisis kesehatan:
  - a. Kriteria penerima
  - b. Mekanisme distribusi
  - c. Monitoring pasca distribusi
  - d. Mekanisme *feedback*/umpan balik dari penerima *kit* tersebut

**Tabel 18 Jenis Kit Individu yang Ada di Indonesia**

No	Nama kit individu	Target sasaran	Keterangan
1	Kit dignity/ kit khusus perempuan	Wanita usia subur 15-49 tahun	Tas warna biru
2	Kit ibu hamil	Ibu hamil	Tas warna hijau
3	Kit ibu bersalin	Ibu baru bersalin dan menyusui	Tas warna oranye
4	Kit bayi baru lahir	Bayi usia 0-3 bulan	Tas warna merah
5	Kit remaja perempuan	Remaja 10-19 tahun	Tas warna merah muda
6	Kit remaja laki-laki	Remaja 10-19 tahun	Tas warna biru tua
7	Kit lansia perempuan	Wanita usia $\geq 60$ tahun	Tas warna ungu
8	Kit lansia laki-laki	Pria usia $\geq 60$ tahun	Tas warna hitam
<i>Cat: tambahan kit lansia berkebutuhan khusus</i>			
9	Kit balita	Anak usia 3-72 tahun	Tas warna kombinasi biru muda dan merah muda

*\*Pengadaan kit akan disesuaikan dengan ketersediaan dana dan intervensi yang dilakukan. Misalnya kit remaja akan diadakan bila ada kegiatan khusus remaja dan dipastikan target sasaran tidak menerima dobel.*

Penanggung jawab komponen logistik PPAM menyiapkan dan mendistribusikan *kit* individu dengan cara:

- Menghitung kebutuhan *kit* individu dengan menggunakan data riil di lapangan, atau apabila data belum tersedia, dapat menggunakan estimasi jumlah sasaran dari total jumlah pengungsi di wilayah tersebut.
- Mendistribusikan *kit* individu sesuai dengan sasaran khusus untuk masing-masing *kit*.
- Apabila *kit* individu belum tersedia, penanggung jawab PPAM dapat mengoordinasikan kebutuhan tersebut kepada para pemberi bantuan/donatur dalam krisis kesehatan, dengan cara berdiskusi dengan subklaster kesehatan reproduksi untuk mendapatkan informasi sumber daya logistik dari masing-masing anggota.

## Pengadaan *kit* individu

- Sebaiknya pengadaan lokal di daerah rawan bencana dengan menggunakan dana lokal (APBD: BPBD, dinas sosial, dinas kesehatan), atau dukungan swasta melalui *corporate social responsibility* (CSR).
- Disimpan sebagai persediaan/stok untuk dipakai pada saat bencana.
- Dapat dimintakan ke Kemenkes/UNFPA dalam jumlah terbatas bila terjadi bencana besar.
- Isi *kit* dapat diadaptasi sesuai kondisi /budaya setempat: memasukkan hijab/kerudung untuk provinsi Aceh, sarung/jarik, dll.
- Bila dana yang tersedia sangat terbatas, pengadaan bisa berupa isi inti *kit* individu yang terdiri dari pembalut, pakaian dalam (celana dalam dan bra), alat-alat kebersihan (toiletries) yang terdiri dari sabun mandi, sikat gigi, pasta gigi, shampo, sisir; dan alat perlindungan berupa senter dan peluit.

## 4. Logistik pelayanan kesehatan balita:

Logistik untuk pelayanan kesehatan balita terdiri dari:

- a. *Kit* individual balita (diperoleh dari subklaster kesehatan reproduksi)
- b. *Kit* pelayanan kesehatan balita (diperoleh dari subklaster pelayanan kesehatan)
- c. Ketersediaan makanan dan nutrisi/PMBA (subklaster pelayanan gizi)
- d. Ketersediaan obat dan vaksin (tim logistik)
- e. Buku KIA dan materi KIE terkait kesehatan balita (subklaster kesehatan reproduksi)
- f. Dapur umum pelayanan khusus balita/PMBA (subklaster pelayanan gizi)
- g. Permainan untuk balita (subklaster kesehatan jiwa)

## 5. Logistik pelayanan kesehatan lanjut usia

- a. Tenda khusus kelompok lansia
- b. Obat-obatan untuk kesehatan lansia dan *kit* penanggulangan pertama
- c. Individual *kit* untuk lansia laki-laki dan perempuan

## 6. Alat dan sarana penunjang lainnya

### 1. Tenda kesehatan reproduksi

- Berfungsi sebagai tempat pelayanan kesehatan sebagai tempat pelayanan kesehatan reproduksi sementara di lokasi pengungsian yang padat dan jauh dari fasilitas kesehatan atau di lokasi puskesmas yang bangunannya mengalami rusak berat dan tidak berfungsi.

- Tidak berdiri sendiri melainkan berdampingan dengan tenda kesehatan umum dan fokus untuk memberikan pelayanan terpadu kesehatan reproduksi dan penanganan kasus kekerasan seksual atau KBG.
- Tenda ukuran minimal 5x10 meter dan memiliki sekat-sekat (partisi/tirai) untuk menjamin privasi dan kenyamanan pasien pada saat memberikan pelayanan kesehatan reproduksi.

**Tabel 19 Pendirian Tenda Kesehatan Reproduksi**

No	Komponen	Tenda Kespro
1	Kriteria pendirian	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bangunan puskesmas rusak dan tidak bisa dipergunakan untuk pelayanan kespro</li> <li>▪ Di lokasi pengungsian yang padat dan jauh dari fasilitas kesehatan terdekat</li> </ul>
2	Syarat dan ketentuan	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tidak berdiri sendiri di lokasi pengungsian, tetapi berada di samping tenda kesehatan umum</li> <li>▪ Berdiri di samping Tenda Ramah Perempuan (TRP) untuk integrasi pelayanan kespro-KBG</li> <li>▪ Ketersediaan fasilitas dasar: listrik/genset, air bersih, toilet, fasilitas pembuangan sampah medis dan nonmedis</li> <li>▪ Faktor keamanan terjamin untuk tenaga yang bertugas dan peralatan tenda</li> <li>▪ Di lokasi yang aman dari bencana seperti tanah longsor, banjir dll.</li> <li>▪ Tenaga kesehatan (bidan sebagai tenaga utama + perawat/dokter) tersedia dan standby secara bergiliran untuk memberikan pelayanan kespro 24 jam sehari dan 7 hari dalam seminggu.</li> </ul>
3	Penanggung jawab	<p>Dinas Kesehatan dengan kolaborasi dan koordinasi dengan mitra anggota subklaster kespro:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tenda Kespro: disupport oleh Kemenkes – Dinkes Provinsi – UNFPA.</li> <li>2. Tenaga: bidan oleh IBI, tim dari rumah sakit (RSCM, RS Dr Soetomo dll), perawat oleh PPNI, dokter oleh IDI dan doctor share, project hope dll.</li> <li>3. Peralatan: oleh Americares</li> </ol> <p>Pelayanan di tenda kespro:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Keluarga Berencana: BKKBN</li> <li>b. KRR: PKBI</li> <li>c. Dukungan psikososial: Yayasan Pulih, PPNI dll</li> </ol>

No	Komponen	Tenda Kespro
4	Logistik yang dipersiapkan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Spesifikasi tenda: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tenda multifungsi, ukuran 5x10 m</li> <li>b. Bersekat untuk menjamin privasi dan kenyamanan pasien</li> <li>c. Memiliki ventilasi yang cukup</li> <li>d. Dilengkapi palet kayu sebagai lantai dari tenda</li> </ol> </li> <li>2. Peralatan tenda kespro: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Alat, obat, dan bahan habis pakai untuk layanan kesehatan reproduksi, termasuk peralatan kewaspadaan standar</li> <li>b. Alat, obat dan bahan untuk kasus darurat komplikasi kebidanan dan neonatal</li> <li>c. Peralatan pendukung: generator kecil/tenaga matahari, lampu emergency, paket kelistrikan (kabel, lampu dll)</li> <li>d. Peralatan untuk pencatatan dan pelaporan: buku register, buku KIA, formulir rujukan dll sesuai standar yang ada</li> </ol> </li> </ol> <p>Daftar alat, obat dan bahan dapat dilihat di lampiran.</p>
5	Pelayanan yang diberikan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kesehatan ibu dan bayi baru lahir</li> <li>2. Pelayanan kontrasepsi</li> <li>3. Pelayanan klinis penyintas kekerasan seksual</li> <li>4. Pencegahan dan pengobatan IMS/HIV</li> <li>5. Kesehatan reproduksi remaja</li> <li>6. Distribusi individual kit</li> <li>7. Konseling dan penyuluhan kespro</li> <li>8. Penanganan kasus darurat sebelum dirujuk</li> </ol>

Peran bidan dalam pelayanan tenda kesehatan reproduksi:

1. Bidan adalah tenaga kesehatan utama yang bertugas di tenda kesehatan reproduksi untuk memberikan pelayanan sesuai poin nomor 5 di tabel di atas.
2. Pelayanan kesehatan reproduksi tersedia selama 24 jam per hari dan 7 hari seminggu dan harus ada bidan yang bertugas (*stand by*) di tenda kesehatan reproduksi secara bergiliran.
3. Bidan memonitor ketersediaan alat, obat dan bahan habis pakai, serta akan mengajukan permohonan kebutuhan tenda kesehatan reproduksi ke puskesmas yang menaungi atau ke dinas kesehatan setempat sesuai kesepakatan.
4. Bidan mengumpulkan data cakupan pelayanan kesehatan reproduksi untuk masing-masing jenis pelayanan yang diberikan di tenda kesehatan reproduksi sesuai format pencatatan dan pelaporan yang sudah disepakati.

### b. Tenda multifungsi

Tenda yang dapat dipergunakan sebagai tenda ramah perempuan, ruang ramah remaja, kegiatan untuk kelompok lanjut usia ataupun kegiatan balita.

Informasi tentang tenda ramah perempuan, termasuk bagaimana kriteria pendirian, logistik yang dibutuhkan dll dapat dilihat di buku: SOP Ruang Ramah Perempuan dalam pencegahan Kekerasan Berbasis Gender (KBG), Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (2020).

## 7. Media Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) Kesehatan Reproduksi

- Dalam situasi krisis kesehatan, pengungsi perlu diberi informasi tentang pelayanan kesehatan reproduksi yang tersedia di lokasi pengungsian, seperti informasi tempat, jenis, dan jadwal pelayanan kesehatan reproduksi, pendistribusian bantuan dan topik penyuluhan kesehatan reproduksi.
- Media komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) kesehatan reproduksi dapat berupa poster, spanduk, mobil penerangan, radio, dan media lainnya yang bermanfaat bagi pengungsi, seperti kipas kertas dan baju kaos. Tidak dianjurkan memberikan media KIE dalam bentuk leaflet/brosur/flyer karena akan menimbulkan limbah di tempat pengungsian
- Bila tersedia dapat diberikan radio bertenaga matahari untuk dipergunakan mendapatkan informasi melalui siaran radio yang bekerja sama dengan stasiun radio lokal.

## 8. Peralatan penunjang lain

Peralatan penunjang ini digunakan untuk mendukung pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi di situasi krisis kesehatan seperti generator, tempat pembuangan limbah, dll.

## VII. PERAN BIDAN DALAM Mendukung Ketersediaan dan Pemanfaatan Logistik untuk Mendukung Pelaksanaan PPAM:

1. Mempelajari berbagai jenis logistik yang dibutuhkan untuk implementasi PPAM yang mungkin tidak tersedia atau tidak dipakai pada situasi normal.
2. Memonitor ketersediaan alat, obat dan bahan habis pakai di fasilitas kesehatan tempatnya bertugas dan mencatat kebutuhan rutin dan mengajukan kebutuhan rutin saat tanggap darurat krisis kesehatan, logistik yang dibutuhkan untuk pelayanan kesehatan yang diberikan oleh bidan seperti: *antenatal care* (ANC), pertolongan persalinan, *postnatal care* (PNC) , pelayanan kontrasepsi dll.
3. Mengidentifikasi target sasaran untuk pemberian *kit* individu seperti ibu hamil, ibu pascamelahirkan, bayi baru lahir, balita dan kelompok lanjut usia.
4. Melakukan distribusi *kit* individu yang terintegrasi dengan pelayanan yang diberikan di tenda kesehatan reproduksi maupun pelayanan di lapangan/ pelayanan bergerak.

5. Bidan memonitor ketersediaan alat, obat dan bahan habis pakai dan akan mengajukan permohonan kebutuhan tenda kesehatan reproduksi atau di fasilitas tempatnya bertugas ke puskesmas yang menaungi atau ke dinas kesehatan setempat sesuai kesepakatan.

## VIII. RANGKUMAN

1. Untuk mendukung pelaksanaan PPAM kesehatan reproduksi pada krisis kesehatan, dibutuhkan ketersediaan logistik berupa alat kesehatan, obat-obatan, bahan habis pakai dan peralatan penunjang lainnya.
2. Logistik yang ada telah disusun untuk mendukung pencapaian dari masing-masing komponen PPAM.
3. Salah satu logistik yang dibutuhkan adalah tersedianya tenda kesehatan reproduksi dan bidan adalah tenaga kesehatan utama yang ditugaskan di tenda kesehatan reproduksi untuk memberikan pelayanan 24 jam dalam sehari dan 7 hari dalam seminggu.
4. Bidan memiliki peranan yang penting dalam mendukung ketersediaan dan pemanfaatan logistik kesehatan reproduksi di tempatnya bertugas di tenda kesehatan reproduksi atau di fasilitas kesehatan lainnya.

## IX. DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian Kesehatan, 2021, Pedoman operasional implementasi Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi pada Krisis Kesehatan.
2. Kementerian Kesehatan, 2017, Pedoman dukungan logistik Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) pada Situasi Krisis Kesehatan.
3. *Inter-Agency Working Group (IAWG) on Reproductive Health in Emergency*, 2019, *Inter-Agency Emergency Reproductive Health Kits for Use in Humanitarian Setting*, 6th edition.
4. Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, 2020, Ruang Ramah Perempuan Dalam Pencegahan Dan Penanganan Kekerasan Berbasis Gender Pada Situasi Bencana, Standar Operasional Prosedur.
5. Kementerian Kesehatan, Yayasan Kerti Praja, 2020, Pelayanan Kesehatan Reproduksi Komprehensif Pasca Gempa, Tsunami dan Likuifaksi di Sulawesi Tengah.



## X. LAMPIRAN

### Latihan Kelompok:

Menghitung estimasi target sasaran PPAM dan menghitung kebutuhan logistik selama 3 bulan.

### Studi Kasus:

Pada tanggal 15 Oktober 2018, gempa berkekuatan 7.2 skala Richter melanda wilayah kabupaten Komodo, Cendrawasih dan Anoa di wilayah pesisir dari provinsi Khatulistiwa. Gempa tersebut diikuti oleh tsunami dengan ketinggian gelombang mencapai 5-meter dan menghantam daerah pesisir pantai di ketiga kabupaten tersebut. Sampai seminggu setelah gempa besar itu, masih diikuti sebanyak kurang lebih 50 kali gempa susulan. Pemerintah provinsi Khatulistiwa mengumumkan bahwa 1,250 orang meninggal dunia dan sebanyak 100,000 pengungsi tersebar di 3 kabupaten yang terdampak bencana. Berdasarkan hasil penilaian cepat kesehatan, selain pelayanan kesehatan umum, ada kebutuhan mendesak untuk pelayanan kesehatan reproduksi karena di antara pengungsi terdapat ibu hamil, ibu yang akan melahirkan, kelompok remaja maupun kelompok balita dan lanjut usia. Angka kelahiran kasar di provinsi Khatulistiwa adalah 18 per 1000 kelahiran hidup. Berdasarkan data di atas, hitunglah jumlah estimasi target sasaran pelaksanaan PPAM dan jenis dna jumlah logistik yang dibutuhkan.

### Jawaban:

Untuk menghitung estimasi target sasaran PPAM dapat menggunakan 2 cara:

#### a. Dengan menggunakan aplikasi Kalkulator PPAM (the MISP calculator)

Kalkulator PPAM dikembangkan di tingkat global untuk mempermudah mendapatkan beberapa data estimasi populasi target dengan menggunakan data jumlah pengungsi dan menggunakan presentasi statistik dari jumlah kelompok tertentu yang diperoleh dari data sensus, survei kependudukan dan kesehatan dan sumber lainnya. Data yang tersedia di kalkulator PPAM adalah di tingkat nasional, dan dapat digunakan pada tingkat yang lebih rendah bila datanya tersedia.

Kalkulator PPAM dapat diakses di link berikut: <https://iawg.net/resources/misp-calculator>.

## b. Menghitung estimasi target sasaran secara manual

No	Data	Estimasi Statistik	Hasil Estimasi
1	Wanita usia subur (WUS)	27%	$27\% \times 100,000 = 27,000$
2	Populasi dewasa (>18 th)	68%	$68\% \times 100,000 = 68,000$
3	Remaja usia 10-19 tahun	17%	$17\% \times 100,000 = 17,000$
4	Lanjut usia $\geq 60$ tahun	9,7%	$9,7\% \times 100,000 = 9,700$
5	Balita	13%	$13\% \times 100,000 = 13,000$

	Data	Formula	Hasil
	Jumlah pengungsi	100,000	
	Angka kelahiran kasar	18/1000 kelahiran hidup	
	Estimasi jumlah ibu hamil		
a	Estimasi jumlah kelahiran hidup dalam 1 tahun	CBR x jumlah pengungsi	$18/1000 \times 100,000 = 1800$
b	Estimasi jumlah kelahiran hidup dalam sebulan	$a : 12$	$1800 : 12 = 150$
c	Estimasi jumlah kehamilan yang berakhir dengan lahir mati atau keguguran (estimasi 15% dari jumlah kelahiran hidup)	$a \times 0,15$	$1800 \times 0,15 = 270$
d	Estimasi jumlah kehamilan dalam 1 tahun	$a + c$	$1800 + 270 = 2,070$
e	Estimasi jumlah ibu hamil per bulan	$d : 12$	$2,025 : 12 = 172$
f	Jumlah ibu hamil saat ini	$e \times 9$	$172 \times 9 = 1,350$

### Menghitung kebutuhan logistik:

1. Kebutuhan kit dignity/khusus perempuan : berdasarkan jumlah WUS: 27,000.

Karena jumlahnya sangat besar, berdasarkan ketersediaan dana bisa dihitung berapa banyak *kit* dignity yang akan diberikan misalnya: untuk target sasaran prioritas/kelompok rentan : 20% dari total WUS = 5,400.

Harus disusun kriteria penerima kit dignity: penyintas kekerasan seksual, kepala rumah tangga wanita, yang mengikuti kegiatan di tenda kesehatan reproduksi dan tenda ramah perempuan dll.

2. Kebutuhan *kit* ibu hamil: saat ini ada ibu hamil sebanyak 1,350. Prioritas diberikan pada ibu hamil trimester ke-3:  $33\% \times 1,350 = 446$ .  
Prioritas diberikan pada ibu hamil yang melakukan ANC di tenda kesehatan reproduksi atau di fasilitas kesehatan.
3. Kebutuhan *kit* ibu melahirkan
4. Kebutuhan *kit* bayi baru lahir  
Kebutuhan ibu melahirkan kurang lebih sama dengan jumlah bayi baru lahir. Estimasi kelahiran per bulan adalah 150. Untuk 3 bulan dibutuhkan sebanyak 450 *kit*. Kit akan diberikan kepada ibu yang melahirkan di tenda kesehatan reproduksi atau di fasilitas kesehatan.
5. Kebutuhan *kit* balita:  $13\% \times 100,000 = 13,000$ . Target sasaran untuk balita yang rentan/prioritas = bisa ditentukan sesuai dengan anggaran yang tersedia, misalnya 20%. Kebutuhan *kit* balita =  $20\% \times 13,000 = 2,600$ .
6. Kebutuhan *kit* remaja  
Remaja usia 10-19 tahun =  $17\% \times 100,000 = 17,000$ . Target sasaran untuk remaja yang rentan/prioritas = bisa ditentukan sesuai dengan anggaran yang tersedia, misalnya 20%. Kebutuhan *kit* remaja =  $20\% \times 17,000 = 3,400$
7. Kebutuhan *kit* lanjut usia =  $9,7\% \times 100,000 = 9,700$ . Target sasaran untuk lanjut usia yang rentan/prioritas = bisa ditentukan sesuai dengan anggaran yang tersedia, misalnya 20%. Kebutuhan *kit* lanjut usia =  $20\% \times 9,700 = 1,940$ .
8. Kebutuhan tenda kesehatan reproduksi serta alat, obat dan bahan habis pakai untuk pelayanan PPAM jumlah dan jenisnya tergantung dari hasil penilaian/assessment fasilitas kesehatan di daerah yang terkena dampak krisis kesehatan.



# MATERI 12

## MONITORING DAN EVALUASI PELAKSANAAN PPAM KESPRO



## I. DESKRIPSI SINGKAT

Materi ini membahas tentang tujuan monitoring dan evaluasi, monitoring pada setiap tahapan krisis kesehatan, indikator untuk masing-masing komponen PPAM, tujuan dan metode evaluasi, komponen yang dievaluasi dan mekanisme komunikasi dengan populasi yang terdampak krisis kesehatan. Monitoring dan evaluasi digunakan sebagai dasar penyusunan program kegiatan dan pemantauan pelaksanaan PPAM Kesehatan Reproduksi. Di bagian akhir materi akan dibahas tentang mekanisme pencatatan dan pelaporan yang harus dilakukan oleh bidan sebagai bagian dari kegiatan monitoring dan evaluasi.

## II. TUJUAN PEMBELAJARAN

### A. Hasil belajar

Setelah mempelajari materi ini mahasiswa diharapkan memiliki pengetahuan dan pemahaman tentang bagaimana melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan PPAM dan mekanisme komunikasi dengan masyarakat yang terkena dampak krisis kesehatan.

### B. Indikator hasil belajar

Setelah mempelajari materi ini mahasiswa diharapkan dapat:

1. Mendeskripsikan tujuan dari monitoring dan evaluasi.
2. Mendeskripsikan tentang kegiatan monitoring yang dilakukan pada setiap tahapan krisis kesehatan.
3. Menjelaskan tentang evaluasi dan komponen yang dievaluasi.
4. Menjelaskan tentang bagaimana melakukan komunikasi dengan masyarakat yang terdampak krisis kesehatan.
5. Memahami bagaimana melakukan pencatatan dan pelaporan untuk pencapaian pelayanan PPAM.

## III. POKOK BAHASAN

Dalam modul ini dibahas pokok bahasan sebagai berikut yaitu :

1. Tujuan melakukan monitoring dan evaluasi
2. Kegiatan monitoring yang dilakukan pada setiap tahapan krisis kesehatan
3. Mekanisme evaluasi dan komponen yang dievaluasi
4. Komunikasi dengan masyarakat yang terdampak krisis kesehatan
5. Mekanisme pencatatan dan pelaporan

## IV. BAHAN BELAJAR

1. Materi tentang monitoring dan evaluasi
2. LCD
3. Laptop
4. Papan Tulis/lembar *flipchart*
5. Spidol
6. Metaplan

## V. METODE PEMBELAJARAN

Menggunakan pendekatan *student-centered learning*, *studi kasus*, *reflective learning*

## VI. URAIAN MATERI

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

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

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

1. Menentukan kapan waktu yang tepat untuk transisi dari pelaksanaan PPAM ke pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif.
2. Menentukan waktu yang tepat untuk memberikan informasi tentang hasil monitoring dan evaluasi. Hasil ini akan menjadi dasar pertanggungjawaban dan dasar pembuatan keputusan untuk menentukan langkah pada saat transisi serta pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif. Penggunaan hasil secara tepat juga akan memastikan bahwa kegiatan dilaksanakan secara berkelanjutan, sesuai konteks dan kebutuhan masyarakat.

### A. Monitoring

Monitoring PPAM dilakukan pada tiga tahap krisis kesehatan:

1. Pada tahap tanggap darurat krisis kesehatan, monitoring dilakukan secara berkala setelah satu atau dua minggu pelaksanaan PPAM kesehatan reproduksi bergantung pada perkembangan respon bencana dan kebutuhan masing-masing organisasi. Minimal, data bulanan harus tersedia untuk digunakan sebagai bahan penyusunan program. Monitoring dilakukan untuk setiap komponen PPAM dengan menggunakan indikator

kualitatif dan kuantitatif sesuai tabel ceklis PPAM yang dilengkapi dengan indikator kuantitatif dan kualitatif untuk masing-masing komponen dari PPAM.

2. Pada masa awal transisi dari tahap darurat ke tahap pascakrisis dapat menggunakan indikator umum yang menunjukkan telah dilaksanakannya PPAM. Pencapaian indikator umum ini dapat dipergunakan sebagai acuan apakah bantuan teknis dari tim subklaster kesehatan reproduksi dari pusat bisa dihentikan dan subklaster kesehatan reproduksi daerah yang terdampak sudah bisa melanjutkan pelaksanaan PPAM secara mandiri.

**Tabel 20 Daftar Indikator Umum untuk Memantau Pelaksanaan PPAM untuk Transisi dari Tahap Darurat ke Tahap Pemulihan Awal (Indikator Berakhirnya Dukungan Subklaster Kesehatan Reproduksi dari Pusat)**

No	Komponen	Indikator	Pencapaian indikator	Cara menilai pencapaian
1	Kondisi umum	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Masa tanggap darurat bencana</li> <li>b. Akses ke daerah bencana dan respon bencana secara umum</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Telah berakhir*</li> <li>b. Tidak ada kendala akses ke daerah bencana</li> <li>c. Logistik dasar telah tersedia dan menjangkau semua daerah yang terkena dampak</li> </ul> <p>*Lama masa tanggap darurat bencana berbeda-beda tergantung skala bencananya.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Masa tanggap darurat telah berakhir yang diumumkan oleh kepala daerah setempat</li> <li>b. Tidak ada daerah terdampak yang terisolasi dan belum mendapat bantuan</li> </ul>
2	Implementasi PPAM	Indikator umum untuk pelaksanaan PPAM	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mekanisme koordinasi sudah berjalan melalui subklaster kesehatan reproduksi: rapat rutin dan laporan rutin ke klaster kesehatan</li> <li>b. Penanggung Jawab masing-masing komponen sudah ditentukan</li> <li>c. Pelayanan kesehatan reproduksi sudah berjalan melalui pelayanan di fasilitas kesehatan/tenda kesehatan reproduksi dan pelayanan bergerak</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Subklaster kesehatan reproduksi setempat sudah terbentuk dan diaktivasi</li> <li>b. Daftar nama penanggung jawab untuk setiap komponen tersedia</li> <li>c. Cara mengukur: membandingkan jumlah fasilitas kesehatan yang berfungsi dengan jumlah total fasilitas yang ada.</li> </ul>



No	Komponen	Indikator	Pencapaian indikator	Cara menilai pencapaian
			<p>d. Kebutuhan SDM telah terpenuhi melalui mobilisasi tenaga kesehatan (bidan, perawat, dr spesialis dll).</p> <p>e. Kebutuhan logistik dasar untuk penerapan PPAM telah terpenuhi (bidan kit, kit individu, obat dan peralatan kesehatan reproduksi termasuk alokon dll)</p> <p>f. Data cakupan pelayanan PPAM untuk masing-masing komponen sudah dikumpulkan dan dilaporkan secara rutin</p>	<p>d. Cara mengukur: tersedianya SDM sesuai kebutuhan di masing-masing fasilitas, SDM awal sudah kembali berfungsi/ bekerja kembali seperti sebelum bencana</p> <p>e. Cara mengukur: pemenuhan sesuai target sasaran awal/ perencanaan awal</p> <p>f. Tersedianya laporan secara rutin dan mekanisme pelaporan sudah berjalan.</p>

3. Pada tahap pascakrisis, ketika kondisi telah stabil

Selanjutnya, monitoring dilakukan dengan menggunakan mekanisme yang digunakan pada situasi normal yaitu Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS KIA) dan mekanisme monitoring yang dilakukan rutin setiap bulan untuk komponen lain dari PPAM seperti komponen kekerasan seksual, komponen pelayanan kontrasepsi serta pencegahan penularan IMS/HIV.

## B. Evaluasi

1. Tujuan evaluasi

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

2. Waktu evaluasi

Evaluasi dilakukan di akhir pelaksanaan kegiatan.

3. Instrumen evaluasi

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

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

4. Data yang dibutuhkan untuk evaluasi

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

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

5. Penanggung jawab evaluasi

Kegiatan evaluasi harus dilakukan seobjektif mungkin dan tidak bias. Jika evaluator/orang yang melakukan evaluasi juga terlibat dalam koordinasi atau pengelolaan program, terkadang sulit bagi evaluator untuk tetap netral dan melihat program dengan tidak memihak atau berat sebelah.

6. Analisis dan diseminasi hasil evaluasi

Evaluasi harus menganalisis apa yang berjalan dengan baik maupun apa yang tidak berjalan dengan baik, untuk peningkatan/perbaikan dalam perencanaan dan rancangan program. Umpan balik harus diberikan kepada penanggung jawab/pengelola program dan para penyedia pelayanan pada saat monitoring dan evaluasi untuk memastikan bahwa masalah-masalah yang teridentifikasi ditangani dengan segera sebelum menjadi persoalan atau risiko.

### C. Mekanisme komunikasi dengan masyarakat yang terkena dampak krisis kesehatan:

Komunikasi dengan masyarakat yang terkena dampak krisis kesehatan sekarang ini merupakan bagian penting dari respon kemanusiaan di tingkat global dan di tingkat nasional. Pendekatan ini muncul untuk membantu memenuhi kebutuhan informasi dan komunikasi dan didasarkan pada prinsip bahwa informasi dan komunikasi adalah bentuk bantuan penting pada saat bencana. Tanpa adanya informasi dan komunikasi, maka masyarakat tidak dapat mengakses layanan atau membuat keputusan terbaik untuk diri mereka sendiri dan komunitas mereka. Oleh karena itu, di setiap komponen PPAM selalu ada kegiatan untuk memberikan informasi tentang jenis pelayanan kesehatan reproduksi yang tersedia, lokasi tempat pelayanan maupun bagaimana mendapatkan akses terhadap jenis pelayanan tertentu.

- Komunikasi adalah proses dua arah, dan strategi yang efektif memfasilitasi dialog antara pemberi pelayanan dan masyarakat. Hal ini dapat dilakukan dengan menyusun mekanisme cara masyarakat mendapat sumber informasi yang mereka butuhkan dan memastikan suara mereka didengar oleh semua pemberi pelayanan dan bantuan bencana. Komunikasi dengan masyarakat yang terdampak juga merupakan elemen penting dalam memastikan akuntabilitas dan transparansi, yang membutuhkan pertukaran informasi yang efektif antara penyintas bencana dan responden.
- Komunikasi dengan masyarakat yang terdampak dan menggunakan pelayanan kesehatan reproduksi dapat dilakukan melalui beberapa cara:
  - a. Mekanisme menyampaikan informasi melalui: komunikasi radio, melalui buletin informasi bencana, media massa, media sosial dan media KIE lainnya (poster, spanduk dll).
  - b. Mekanisme umpan balik dan menyampaikan keluhan.
  - c. Membuat nomor telepon hotline/call center yang dapat dihubungi secara gratis.
  - d. Melalui media online: WhatsApp, SMS, *google-form*.
  - e. Membuat kotak saran di setiap tempat pelayanan.
  - f. Melakukan *exit interview* atau wawancara singkat dengan penerima pelayanan sebelum meninggalkan tempat pelayanan dengan menggunakan format wawancara sederhana.

### D. Mekanisme Pencatatan dan Pelaporan

Ketersediaan data dan informasi sangat dibutuhkan pada krisis kesehatan. Termasuk di dalamnya adalah ketersediaan data cakupan pelayanan PPAM kesehatan yang dilakukan oleh di tempatnya bertugas baik di fasilitas kesehatan maupun di tenda kesehatan reproduksi. Pencatatan harus dilakukan setiap hari oleh bidan yang bertugas pada hari itu dan dilanjutkan oleh bidan pengganti.

Pencatatan hasil pelayanan harus menggunakan format yang telah sepakati dan tersimpan di dalam buku/folder yang akan bisa dibaca oleh semua tenaga kesehatan yang bertugas di fasilitas tersebut. Bila memungkinkan dan buku pencatatan dan pelaporan rutin masih tersedia, maka pencatatan dan pelaporan menggunakan mekanisme rutin yang dipergunakan sebelum krisis kesehatan. Bila buku pencatatan pelaporan rutin tidak tersedia, dapat menggunakan format pelaporan sementara yang sudah disepakati oleh subklaster kesehatan reproduksi pada tanggap darurat krisis kesehatan.

## EVALUASI

### Aspek yang dievaluasi

No	Penyesuaian di Indonesia
<b>1</b>	<b>Efektivitas program</b>
	a. Apakah program sudah berjalan sesuai dengan tujuan yang diharapkan?
	b. Apakah tujuan dari masing-masing komponen PPAM tercapai?
	c. Apakah indikator dan target dari masing-masing komponen PPAM yang sudah ditentukan tercapai?
	d. Persentase target yang tercapai dari total target yang sudah ditentukan
	e. Apakah pelaksanaan PPAM sudah tepat waktu sesuai dengan kerangka waktu yang ditentukan?
	f. Bagaimana ketersediaan tenaga teknis maupun tenaga pendukung untuk implementasi PPAM
	g. Bagaimana ketersediaan logistik dan supplies untuk mendukung pelaksanaan PPAM
<b>2</b>	<b>Efisiensi program</b>
	a. Bagaimana pemanfaatan dana? Apakah sudah sesuai dengan peruntukannya?
	b. Bagaimana penyerapan dana dibandingkan anggaran yang sudah dialokasikan?
	c. Apakah dana sudah dipergunakan secara efisien?
<b>3</b>	<b>Relevansi program</b>
	a. Apakah program yang dijalankan sudah sesuai dengan kebutuhan penduduk yang terkena dampak?
	b. Apakah kegiatan yang dijalankan sudah sesuai dengan hasil penilaian yang dilakukan pada saat bencana?
	c. Bagaimana penilaian masyarakat ( <i>beneficiaries</i> ) mengenai program dan layanan yang mereka terima? Apakah puas dengan layanan/program yang mereka terima?
<b>4</b>	<b>Dampak dan kesinambungan</b>
	a. Apakah kegiatan PPAM yang dilaksanakan memberi dampak yang baik bagi masyarakat?

No	Penyesuaian di Indonesia
	b. Bagaimana program setelah implementasi PPAM selesai?
	c. Apakah pelayanan kesehatan kelanjutan reproduksi tetap tersedia setelah memasuki fase pasca bencana
<b>5</b>	<b>Permasalahan yang dialami selama implementasi program dan solusi untuk mengatasi masalah tersebut</b>
<b>6</b>	<b>Proses pembelajaran yang didapat selama pelaksanaan program</b>
<b>7</b>	<b>Rekomendasi</b>

### Latihan Kelompok

- a. Latihan mengisi format pencatatan dan pelaporan
- b. Latihan mengisi formulir 4W (*what, who, where, when*)

## VII. DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian Kesehatan, 2021, Pedoman operasional implementasi Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi pada Krisis Kesehatan.
2. Inter-Agency Working Group (IAWG) on Reproductive Health in Emergency, 2019, Inter-Agency Emergency Reproductive Health Kits for Use in Humanitarian Setting, 6th edition.



# MATERI 13

## PERAN BIDAN DALAM MEMBERIKAN DUKUNGAN PSIKOSOSIAL PADA SITUASI KRISIS KESEHATAN



## I. DESKRIPSI SINGKAT

Materi ini membahas tentang peran bidan untuk memberikan dukungan psikososial pada masa tanggap darurat krisis kesehatan akibat bencana. Bencana dapat menimbulkan penderitaan psikologis maupun sosial yang luas, yang jika tidak ditangani sebagaimana mestinya, dapat mengakibatkan gangguan kesehatan mental jangka panjang serta masalah psikososial yang lebih buruk di kemudian hari. Oleh karena itu, sangat penting untuk membekali bidan mengenai pemahaman dan keterampilan dukungan psikososial ketika terlibat dalam respon krisis kesehatan akibat bencana.

## II. TUJUAN PEMBELAJARAN

### A. Hasil belajar

Setelah mempelajari materi ini, peserta didik diharapkan dapat menjelaskan tentang bagaimana memberikan dukungan psikososial sebagai bagian dari peran bidan dalam respon krisis kesehatan akibat bencana dan perawatan diri bagi bidan sebagai pekerja kemanusiaan.

### B. Indikator hasil belajar

Setelah mengikuti sesi ini, peserta diharapkan:

- a. Mampu menjelaskan tentang integrasi PPAM dengan dukungan psikososial.
- b. Mampu menjelaskan tentang dukungan psikologis awal/DPA (*Psychological First Aid/PFA*), langkah-langkah dan pendekatan yang dilakukan.
- c. Mampu menjelaskan konsep dukungan psikososial dan bagaimana memberikan dukungan psikososial bagi penyintas.
- d. Mampu menjelaskan tentang bagaimana melakukan perawatan diri (*self care*) bagi bidan sebagai pekerja kemanusiaan.

## III. POKOK BAHASAN

Dalam modul ini akan membahas mengenai :

- a. Integrasi PPAM dengan dukungan psikososial
- b. Dukungan psikologis awal/DPA (*psychological first aid/PFA*), langkah-langkah dan pendekatan yang dilakukan
- c. Konsep dukungan psikososial dan bagaimana memberikan dukungan psikososial bagi penyintas
- d. Bagaimana melakukan perawatan diri (*self-care*) bagi relawan bidan



## IV. BAHAN BELAJAR

1. Modul Peran Bidan Bidan dalam Memberikan Dukungan Psikososial pada Situasi Krisis Kesehatan.
2. LCD
3. Laptop
4. Papan tulis/lembar *flipchart*
5. Spidol.

## V. LANGKAH-LANGKAH PEMBELAJARAN

Menggunakan pendekatan *student-centered learning*.

## VI. URAIAN MATERI

### A. Integrasi PPAM dengan dukungan psikososial

Dalam pelaksanaan PPAM, dukungan psikososial sangat diperlukan bagi penyedia pelayanan kesehatan yang terdampak krisis kesehatan maupun bagi setiap kelompok sasaran dari masing-masing komponen PPAM. Oleh karena itu dukungan psikososial menjadi bagian penting dari setiap kegiatan yang dilakukan untuk masing-masing komponen dan dapat disediakan dengan bekerja sama dengan subklaster kesehatan jiwa. Kerja sama juga dapat dilakukan dengan organisasi profesi lainnya serta dengan klaster Perlindungan dan Pengungsian di bawah koordinasi Kementerian Sosial, termasuk untuk pendampingan lansia dan perempuan oleh tenaga kesehatan dan relawan yang bersertifikasi.

Salah satu peran bidan adalah memberikan dukungan psikososial awal sesuai kemampuan dan kapasitasnya, khususnya bagi penyintas kekerasan seksual dan masyarakat yang terkena dampak krisis kesehatan pada umumnya.

### B. Bidan dan dukungan psikososial dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi

Bidan yang bekerja pada masa tanggap darurat berperan sebagai pemberi pelayanan KIA, KB dan kesehatan reproduksi. Bidan melayani penyintas terutama perempuan, ibu hamil, ibu dengan bayi balita yang mengalami pengalaman traumatis akibat bencana. Hal ini menjadi tantangan bagi bidan dimana klien bidan yang merupakan penyintas bencana terkadang mengalami kesulitan dalam anamnesa dan pemeriksaan karena permasalahan lain yang timbul akibat bencana yang juga membawa keluhan psikologis. Sering didapati klien yang datang ke bidan diiringi tangisan karena mengingat kematian keluarga/kerusakan/kehilangan harta benda dll. Hal ini menjadi tantangan bagi bidan dalam memberikan pelayanan yang menjadi tanggung jawabnya (KIA KB Kespro) serta menenangkan/memberikan dukungan psikososial bagi klien agar tidak jatuh kepada masalah lebih lanjut. Untuk itu bidan yang bertugas pada masa tanggap darurat perlu dibekali dengan keterampilan pemberian dukungan

psikososial, seperti pemberian pertolongan pertama psikologis dan dukungan emosional (bahasa yang empatik dan menguatkan) bagi penyintas khususnya bagi perempuan, ibu dan anak/remaja.

## 1. Dampak bencana pada kondisi psikologis

Kejadian bencana yang tiba-tiba dan tidak dapat diperkirakan dapat menimbulkan kehilangan (loss) baik secara material, fisik maupun psikis. Reaksi umum psikologis yang terjadi antara lain:

- a. Emosi: cemas, takut, khawatir, sedih, marah, merasa bersalah, dll.
- b. Pikiran: bingung, merasa tidak berdaya, tidak tahu apa yang harus dilakukan, kehilangan orientasi, ragu-ragu, sulit membuat keputusan, terbayang bayang dan terus berpikir tentang kejadian, dll.
- c. Tingkah laku: menarik diri, resah, menangis, mudah tersinggung/marah, tidak sabar, mudah terlibat konflik, dll.
- d. Fisik: pusing, mual, keringat dingin, jantung berdebar, sakit lambung, gatal-gatal, gangguan makan, gangguan tidur, dll.

Reaksi tersebut pada dasarnya adalah reaksi NORMAL karena menghadapi peristiwa yang ABNORMAL/tidak biasa. Reaksi setiap orang bisa saja berbeda walau mengalami peristiwa yang sama, tergantung kondisi psikologis dan pengalaman sebelumnya, serta ada tidaknya dukungan sosial yang cukup di sekitarnya. Sebagian dapat memulihkan diri sendiri seiring berjalannya waktu, namun sebagian lain membutuhkan bantuan/pendampingan dari orang lain untuk kembali pulih dan menghindari kemungkinan gangguan mental yang lebih berat di masa depan.

Luasnya dampak psikososial yang dialami penyintas bencana serta jumlah tenaga kesehatan mental dan psikososial yang terbatas, membutuhkan perhatian semua pihak, termasuk bidan, untuk terlibat aktif memberikan dukungan psikososial agar penyintas tidak mengalami dampak yang lebih buruk akibat penanganan yang tidak peka. Hal ini dapat diatasi dengan memberdayakan berbagai pihak terutama tenaga kesehatan seperti dokter atau bidan bahkan masyarakat sendiri agar mereka dapat melakukan self-care (perawatan diri) dan memberikan penanganan lebih awal sebagai tim respon pertama (*first responder*).

Masyarakat terkena bencana yang sama, namun mengalami dampak yang berbeda-beda sehingga memiliki kebutuhan berbeda dan penanganan berbeda pula. Tenaga yang memberikan pelayanan pun juga berbeda. Hal ini dapat dilihat dalam piramida pelayanan kesehatan mental berikut:



- f. Mengurangi faktor risiko yang membuat kondisi kesehatan mental penyintas memburuk.
- g. Merujuk penyintas kepada pelayanan lebih lanjut yang dibutuhkan oleh penyintas.

### 3. Definisi Konsep Psikososial

Konsep psikososial terdiri dari dua hal, yaitu psikologi dan sosial. Kata psikologi mengacu pada jiwa - pikiran, emosi atau perasaan, perilaku, hal-hal yang diyakini, sikap, persepsi dan pemahaman akan diri. Kata sosial merujuk pada orang lain, tatanan sosial, norma, nilai aturan, sistem ekonomi, sistem kekerabatan, agama atau religi serta keyakinan yang berlaku dalam suatu masyarakat. Psikososial diartikan sebagai hubungan yang dinamis antara aspek psikologis dan sosial, dalam interaksi manusia, dimana tingkah laku, pikiran dan emosi individu akan mempengaruhi dan dipengaruhi oleh orang lain atau pengalaman sosial.

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Hidayat pada kelompok masyarakat yang terkena erupsi gunung Merapi pada tahun 2010, menunjukkan adanya permasalahan psikososial yang dihadapi oleh kelompok korban, kelompok terancam dan kelompok terungsi. Data dari 971 responden menunjukkan bahwa gangguan stres pasca trauma (*post traumatic stres disorder*) hanya sebesar 3,3 persen dari total responden. Sementara gangguan psikologis yang atau emosi-emosi yang tidak menyenangkan yang diperoleh dari hasil penelitian meliputi: kecemasan, depresi atau tertekan, psikosomatis serta masalah dalam penyesuaian diri.

### 4. Tujuan dan Prinsip Dukungan Psikososial

Tujuan dukungan psikososial adalah mengembalikan individu, keluarga atau kelompok komunitas pasca kejadian tertentu (bencana alam maupun bencana sosial) sehingga menjadi kuat secara individu atau kolektif ; berfungsi optimal, memiliki ketangguhan dalam menghadapi masalah; serta menjadi berdaya dan produktif dalam menjalani hidupnya. Beberapa sumber terbesar dari kerentanan dan penderitaan di masa bencana timbul dari efek kompleks emosi, sosial, fisik, dan spiritual. Kebanyakan dari tindakan ini bersifat normal dan dapat diatasi seiring waktu. Sangatlah penting untuk menggerakkan dukungan lokal yang tepat di bidang kesehatan mental dan psikososial yang mempromosikan pemulihan diri, penyesuaian diri, dan ketahanan di masyarakat terkena bencana. Kegiatan kemanusiaan akan semakin kuat jika sedini mungkin masyarakat terkena bencana dilibatkan dalam mengarahkan dan melaksanakan tanggap darurat. Dalam setiap sektor kemanusiaan, sikap saat memberikan bantuan memberikan dampak psikososial yang dapat mendukung atau malah mencelakakan masyarakat terkena bencana. Bantuan harus disampaikan dengan penuh kepedulian yang meningkatkan harkat dan martabat, memampukan kemandirian melalui partisipasi aktif, penghormatan atas agama dan praktik budaya setempat, dan penguatan kemampuan komunitas untuk mendukung kesejahteraan secara menyeluruh.

Dukungan psikososial ada yang berkelompok dan individual, ada pula bersifat psikologis (klinis kesehatan mental) dan sosial.

Prinsip dukungan psikososial:

- a. Menjunjung hak asasi manusia
- b. Normalisasi
- c. Sesuaikan dengan kebutuhan penyintas yang berbeda-beda di tiap tahapan bencana
- d. Penekanan pada resiliensi/ketangguhan
- e. Sumber daya yang ada dan kearifan lokal
- f. Partisipatif
- g. *Do no harm* (tidak membahayakan/tidak merugikan)
- h. Memiliki dasar tujuan kegiatan yang jelas dan masuk akal

## 5. Dukungan Psikologis Awal/DPA (*Psychological First Aid/PFA*)

Salah satu bentuk dukungan psikososial adalah dukungan awal psikologis (DPA). DPA termasuk bentuk dukungan psikososial yang dapat dilakukan di setiap tahapan bencana, termasuk pada respon tanggap darurat, oleh siapapun yang sudah terlatih DPA. Dukungan psikologis awal dapat didefinisikan sebagai kehadiran (relawan/bidan) yang penuh kepedulian dan suportif yang didesain untuk memberikan rasa aman, mengurangi rasa tertekan akut dan merespon kebutuhan segera, memberikan informasi yang dibutuhkan penyintas dan menghubungkannya pada layanan yang dibutuhkan penyintas, tidak hanya untuk perawatan kesehatan mental lanjutan namun pada rujukan lainnya. DPA bukan sebuah terapi, proses membuat diagnosis ataupun proses menyusun terapi dan intervensi.

Menurut Everly dkk (2006) DPA merupakan serangkaian keterampilan yang bertujuan mengurangi dampak negatif stres dan mencegah timbulnya masalah kesehatan mental yang lebih buruk yang disebabkan oleh bencana atau situasi krisis. Menurut Vernberg dkk (2008) DPA bertujuan untuk mengurangi dampak negatif dari pengalaman traumatis, menguatkan fungsi adaptif penyintas dan meningkatkan proses pemulihan penyintas. DPA mudah dilaksanakan oleh tenaga profesional, relawan atau orang awam yang terlatih dan dapat diberikan dalam situasi/*setting* klinis dan non klinis.

DPA ini didesain khusus bagi personel kesehatan masyarakat, pendidik, petugas cepat tanggap darurat, serta petugas penanganan bencana yang tidak memiliki latar belakang kesehatan mental. Program ini khusus didesain tanpa prasyarat tertentu, sehingga orang di luar disiplin kesehatan mental dapat menyediakan perawatan yang segera, penuh kepedulian, dan mendukung untuk bangkit dari kesulitan. Konsep DPA dapat dianalogikan seperti konsep Pertolongan Pertama Pada Kecelakaan (P3K).

## 6. Langkah Persiapan Dukungan Psikologis Awal (DPA)

- a. Kenali dan pahami konteks situasi
- b. Perhatikan kemampuan orang yang kita bantu
- c. Empati, jujur dan tidak menjanjikan sesuatu atau membeda bedakan

### Prinsip dasar melakukan DPA

#### 1. **Look (Lihat):**

- a. Perhatikan kondisi keamanan
- b. Perhatikan orang-orang yang memerlukan pemenuhan kebutuhan dasar mendesak
- c. Perhatikan orang-orang yang menunjukkan reaksi distres yang serius

#### 2. **Listen (Dengar):**

- a. Dekati orang-orang yang mungkin membutuhkan bantuan
- b. Tanyakan mengenai kebutuhan dan kekhawatirannya  
Dengarkan ceritanya dan bantu mereka untuk merasa tenang
- c. Penuhi kebutuhan segera (makan, minum, pakaian, rasa aman)

#### 3. **Link (Hubungkan):**

- a. Berikan informasi yang dibutuhkan penyintas dengan penjelasan yang mudah dipahami
- b. Hubungkan penyintas pada layanan yang ia butuhkan ataupun layanan lain yang tersedia dan cara bagaimana mengaksesnya.

## 7. Kerangka kerja DPA

### a. **Keselamatan / Safety (S)**

Memberikan perlindungan dari bahaya (safeguard) dan memenuhi kebutuhan dasar (sustain)

#### 1) **Perlindungan dari bahaya (Safe guard)**

Prinsip melindungi, mengamankan penyintas dari bahaya, risiko dan menawarkan upaya perlindungan. Hal yang harus diperhatikan adalah keamanan dan keselamatan penyintas dan penolong. Perlindungan dari terpapar pengalaman traumatis.

Tindakan:

- a. Sesegera mungkin bawa penyintas ke tempat yang aman dan jauhkan dari bahaya yang mengancam
- b. Jauhkan dari pemandangan yang akan menimbulkan trauma

- c. Lindungi penyintas dari orang- orang yang ingin melihat serta perilaku yang menyakiti diri sendiri maupun orang lain
- d. Sediakan tempat yang aman
- e. Perkenalkan diri serta peran Anda kepada penyintas
- f. Jangan meninggalkan penyintas seorang diri dan jika Anda harus melakukannya maka berilah alasan mengapa Anda perlu melakukan hal tersebut dan mintalah seseorang yang ada disekitar Anda untuk menjaga penyintas
- g. Sediakan hal/bantuan konkret yang membuat penyintas merasa aman
- h. Cegah dan hentikan secara langsung perilaku penyintas yang membahayakan diri.

## 2) Memenuhi kebutuhan dasar (*Sustain*)

- a. Berikan makanan dan minuman
- b. Berikan perawatan medis yang diperlukan jika ada luka dll,
- c. Sediakan tempat istirahat yang aman
- d. Sediakan pakaian

## b. Fungsi / *Function* (F)

### 1) Nyaman / *Comfort*

Prinsip memberikan kondisi yang nyaman dan tenang untuk menurunkan tingkat stres dan stabilisasi untuk reaksi negatif, serta mengupayakan kondisi stabil pada penyintas.

### 2) Menghubungkan / *Connect*

Menghubungkan penyintas dengan lingkungan sosial terdekat dan bermakna yaitu keluarga, teman, maupun orang lain yang ada di komunitas penyintas. Menjaga kebersamaan bersama dengan orang yang bermakna dalam kehidupan penyintas.

- Tanyakan penyintas adakah pihak lain yang ingin diberitahu sehubungan dengan bencana yang baru saja terjadi
- Pertemukan kembali penyintas dengan keluarga/teman
- Hubungkan penyintas dengan sumber bantuan dan penyintas lain
- Bantu mencari informasi pada sumber lain yang menyediakan informasi yang dibutuhkan penyintas.

### c. Tindakan / Action (A)

Memberikan bimbingan dan informasi (edukasi) pada penyintas mengenai apa yang terjadi, memvalidasi reaksi dan mengajarkan strategi coping (mengatasi masalah) yang relevan untuk mengurangi ketidakpastian dengan informasi yang akurat.

- Berikan informasi tentang apa yang terjadi dan yang akan terjadi serta apa yang akan dilakukan
- Menenangkan penyintas bahwa reaksi mereka adalah wajar
- Berikan informasi tentang reaksi stres yang normal
- Ajarkan keterampilan cara positif menghadapi pengalaman sulit
- Ajarkan penyintas cara positif untuk beradaptasi
- Sediakan informasi tentang pemberian/penerimaan dukungan

Mendorong penyintas untuk berpartisipasi dalam proses pemulihan pasca bencana dengan menghubungkan pada akses sumber daya dan dapat membantu penyintas lain

- Berikan bimbingan untuk pemulihan
- Lakukan rujukan untuk proses pemulihan dan layanan dukungan lainnya
- Berikan kesempatan mendapatkan kembali kendali atas hidupnya
- Beri kesempatan membantu penyintas lain

## 8. Langkah Melakukan Pelayanan DPA

Langkah awal adalah membangun hubungan (*building rapport*). Hal ini dapat dilakukan dengan melakukan percakapan ringan.

- Berhadapan dengan lawan bicara, postur tubuh terbuka
- Perhatikan mimik wajah penyintas.
- Condong ke lawan bicara. Kontak mata terjaga dan rileks/santai
- Hal-hal penting dalam memulai kontak: hadir secara fisik dan emosional
- Penerimaan: menghargai keberadaan orang yang ingin dibantu, menghormati tanpa syarat dan netral.
- Empati, mempersepsikan, mengenali berbagai reaksi penyintas
- Mendengar aktif



1. Bahasa tubuh yang memancarkan kehangatan dan pemahaman
2. Memberikan tanggapan dengan kata-kata yang menunjukkan kepedulian, menyejukan/menenangkan dengan cara:
  - a. Mengungkapkan kembali lewat kata-kata dengan maksud yang sama.
  - b. Mengungkapkan kembali perasaan/emosi .

**Contoh tanggapan yang tidak diharapkan:**

- Saya paham apa yang Anda rasakan
- Ini demi kebaikan
- Kepergiannya lebih baik untuknya
- Sudah waktunya untuk pergi
- Mari kita bicarakan hal lain
- Kamu sebaiknya mencari aktifitas/bekerja

**Hal yang perlu dihindari:**

- a. Pendamping/penolong menentukan arah
- b. Memilihkan solusi/jalan keluar bagi yang didampingi
- c. Membuat keputusan bagi yang didampingi
- d. Menjadikan masalah yang disamping menjadi masalah pendamping
- e. Hubungan yang tidak setara

## 9. Rujukan

Rujukan diberikan jika penyintas tidak mengalami kemajuan setelah mendapat dukungan, maka penyintas membutuhkan bantuan dari tenaga profesional. Hal ini bukan berarti Anda gagal membantu. Justru Anda bisa memahami kebutuhan penyintas dan menghubungkannya pada layanan yang tepat. Untuk itu bidan perlu memiliki informasi yang memadai mengenai sistem rujukan dan layanan kesehatan lainnya. Hal ini dapat dilakukan melalui koordinasi antar pihak termasuk dengan psikiater atau psikolog.

Tanda-tanda penyintas perlu dirujuk:

1. Merasakan emosi negatif hampir setiap waktu dengan intensitas mendalam
2. Perubahan perilaku yang signifikan
3. Kesulitan melakukan kegiatan sehari-hari/tergantung fungsi sosial
4. Tidak mampu memenuhi kebutuhan diri sendiri (d disesuaikan dengan usia)
5. Sulit mengambil keputusan sendiri
6. Terus menerus teringat pada insiden traumatis tersebut
7. Mudah terkejut, sering mimpi buruk

8. Menampilkan emosi yang datar
9. Kehilangan gairah hidup
10. Mengungkapkan keinginan bunuh diri
11. Reaksi marah berlebihan atau sebaliknya (datar)
12. Memburuknya hubungan dekat yang telah terbina
13. Peningkatan penggunaan rokok, alkohol dan narkoba

### **Instrumen Deteksi Dini SRQ-20**

Instrumen SRQ 20 adalah *Self Rating Question* yang terdiri dari 20 pertanyaan yang berhubungan dengan keluhan atau masalah tertentu yang mungkin dirasakan mengganggu selama 30 hari terakhir. The SRQ-20 dikembangkan oleh the World Health Organisation (WHO) sebagai instrumen untuk melakukan skrining untuk gangguan mental umum dan untuk dipergunakan di pelayanan kesehatan primer di negara yang sedang berkembang.

Jika keluhan/masalah yang ditanyakan sesuai dengan keadaan dalam 30 hari terakhir, maka jawab YA, sedangkan jika keluhan/masalah tersebut tidak dialami atau tidak sesuai dengan keadaan Anda maka menjawab TIDAK.

1. Apakah anda sering menderita sakit kepala?
2. Apakah anda tidak nafsu makan?
3. Apakah anda sulit tidur?
4. Apakah anda mudah takut?
5. Apakah anda merasa tegang, cemas atau khawatir?
6. Apakah tangan anda gemetar?
7. Apakah pencernaan anda terganggu/ buruk?
8. Apakah anda sulit untuk berpikir jernih?
9. Apakah anda merasa tidak bahagia?
10. Apakah anda menangis lebih sering?
11. Apakah anda merasa sulit untuk menikmati kegiatan sehari-hari?
12. Apakah anda sulit untuk mengambil keputusan?
13. Apakah pekerjaan anda sehari-hari terganggu?
14. Apakah anda tidak mampu melakukan hal-hal yang bermanfaat dalam hidup?
15. Apakah anda kehilangan minat pada berbagai hal?
16. Apakah anda merasa tidak berharga?
17. Apakah anda mempunyai pikiran untuk mengakhiri hidup?
18. Apakah anda merasa lelah sepanjang waktu?
19. Apakah anda mengalami rasa tidak enak di perut?
20. Apakah anda mudah lelah?

Berapa banyak jawaban 'YA' yang Anda berikan?

Jika anda menjawab lebih 'YA' sebanyak 8 atau lebih, Anda mungkin membutuhkan dukungan lebih lanjut.

### C. Perawatan Diri (*Self Care*) Bagi Bidan Relawan

Pekerja kemanusiaan termasuk bidan relawan adalah tulang punggung pada masa respon bencana. Mereka adalah pendukung yang membantu kita saat kita membutuhkan. Berada dalam situasi sulit, rentan bahaya, berhadapan dengan penyintas peristiwa traumatis, dan bisa selama berbulan-bulan memberikan pelayanan respon bencana terkadang para pemberian respon bencana, mengalami suatu gangguan yang disebut dengan istilah '*vicarious trauma*'. Istilah ini pertama kali dikemukakan oleh McCann dan Pearlman (1990) untuk mendeskripsikan **dampak pekerjaan** yang berhubungan dengan penanganan trauma pada seorang tenaga kesehatan atau pekerja kemanusiaan yang selalu berhubungan dengan penyintas yang mengalami trauma. Kejadian-kejadian traumatis yang dialami penyintas membuat petugas menjadi tersadarkan akan kengerian yang terjadi di dunia, dan hal ini membuatnya semakin menyadari kelemahan dan kerentanan hidup mereka sendiri (McCann dan Pearlman; Pearlman and Saakvitne, dalam Pickett, 1998). Hal ini disebabkan oleh keterlibatan **empati** seorang terapis/pekerja kemanusiaan dengan materi trauma klien/penyintas. Pearlman and Saakvitne (dalam Lonergan, 1999) lebih jauh mengungkapkan bahwa *Vicarious Trauma* (VT) merupakan suatu proses dan hasil dari dampak kumulatif terapi/penanganan trauma dengan beberapa klien/penyintas, yang menyebabkan adanya perubahan besar pada aspek-aspek psikologis petugas di lapangan. Perubahan ini meliputi perubahan identitas dan sudut pandang, seperti halnya kemampuan mereka untuk memelihara perasaan yang positif terhadap diri dan orang lain dan untuk mengontrol perasaan bermakna. Skema kognitif pun relatif terganggu, yang meliputi keyakinan tentang rasa aman, harga diri, kepercayaan, ketergantungan, kontrol, dan kedekatan.

#### 1) Sumber Stres Bidan Relawan

1. Masyarakat
  - Tuntutan fisik
  - Lingkungan yang berbahaya
  - Terus menerus menghadapi orang yang mengalami masalah dengan berbagai perasaan negatifnya.
  - Tuntutan yang tinggi dari orang atau masyarakat yang didampingi untuk siap sedia setiap saat.
2. Organisasi
  - Kelebihan beban kerja
  - Kurang mampu menjalankan peran
  - Kurang pelatihan
  - Ketidakjelasan peran

- Masalah-masalah lain dalam organisasi: aturan yang tidak jelas, fasilitas dan penghargaan yang tidak memadai, masalah dengan atasan dan rekan kerja.
3. Diri
- Memiliki standard yang tinggi dalam pencapaian kinerja.
  - Memiliki tuntutan yang sangat tinggi terhadap dirinya, merasa diri "super"
  - Mengabaikan kebutuhan- kebutuhan pribadinya, demi melayani kebutuhan orang lain.
  - Masalah pribadi
  - Masalah keluarga

## 2) Jenis Masalah Pada Bidan Relawan

### 1. Gangguan Stres Pasca Trauma (*Post Traumatic Stres Disorder/ PTSD*)

- a. Terus menerus mengalami ingatan seperti mengalami kembali peristiwa traumatis.
- b. Menghindari keadaan-keadaan yang mengingatkan pada peristiwa tersebut dan menjadi mati rasa secara emosional.
- c. Kesiagaan terus menerus (*hypervigilance*)

*\*gejala a, b, dan c dialami selama lebih dari 6 minggu setelah kejadian traumatis dan secara signifikan menurunkan fungsi/ kemampuan sehari-hari.*

### 2. Kejenuhan dan kelelahan luar biasa (*Burn-out*)

Merupakan reaksi stres yang diakibatkan oleh pekerjaan sehingga orang yang mengalaminya biasanya menjadi tidak peduli lagi pada sekelilingnya, lelah secara emosional, menarik diri, dan menjadi sinis/ skeptis terhadap apapun. Reaksi yang timbul berupa:

- a. Membolos kerja
- b. Datang terlambat pada hari kerja
- c. Penurunan kualitas layanan
- d. Sulit berkonsentrasi
- e. Berkurangnya inisiatif dalam bekerja,
- f. Tidak menghargai orang lain,
- g. Terlalu banyak bekerja atau sebaliknya,
- h. Mencari kambing hitam,
- i. Tidak mempercayai rekan kerja, atau pimpinan,
- j. Sering terlibat konflik dengan orang lain,
- k. Melakukan perilaku berisiko.

### 3. **Stres atau trauma sekunder**

Kondisi psikologis yang terjadi saat seseorang yang tidak mengalami bencana secara langsung namun ikut mengalami berbagai reaksi emosional dari orang-orang yang terkena dampak langsung bencana.

### 4. **Compassion Fatigue (kelelahan kepedulian)**

Keadaan psikologis pekerja kemanusiaan yang terjadi karena terus-menerus berhadapan dengan masyarakat dengan situasi sulit (stres, trauma), dan pekerja kemanusiaan dituntut untuk terus-menerus peduli pada keadaan masyarakat dengan situasi sulit tersebut.

## 3) **Pentingnya Mengelola Stres**

- Dikelola berdasarkan tahap perkembangan stres, untuk mencegah ke tahap selanjutnya
- Tiap tahap butuh strategi berbeda dan punya banyak alternatif strategi
- Tidak ada satu cara yang pasti manjur untuk semua karena respon setiap orang akan berbeda

## 4) **Cara Mengelola Stres**

1. Hindari/ubah situasi yang tidak menyenangkan
2. Hindari sumber stres
  - a. Dalam diri: - Jaga Kesehatan
  - b. Luar diri:
    - Komunikasi asertif
    - Penyelesaian konflik
    - Pengaturan waktu
    - Berbagi perasaan
    - Penyelesaian masalah.

## 5) **Syarat Pemecahan Masalah**

- a. Niat memecahkan masalah
- b. Redakan gejolak emosi agar menjadi lebih jernih dan akal sehat.
- c. Akui keberadaan masalah.

## 6) **Langkah Pemecahan**

- a. Tentukan sebuah masalah spesifik yang ingin ditangani terlebih dahulu
- b. Pikirkan sebanyak mungkin cara (solusi) untuk mengatasi masalah tersebut

- c. Pertimbangkan konsekuensi positif dan negatif dari setiap solusi
- d. Pilih solusi yang akan dijalankan
- e. Rencanakan suatu aksi untuk menjalankan solusi yang dipilih
- f. Jalankan rencana dan evaluasi efektifitasnya

## 7) Atur Pemaknaan Terhadap Situasi

- a. Berusaha melihat segala sesuatu dari sudut positif
- b. Memilih tidak menjadi korban dari keadaan tetapi berusaha kendalikan hidup kita sendiri:
  - Kendali primer → Ubah situasi
  - Kendali sekunder → Ubah perasaan atau cara pandang

## 8) Kelola Respon Emosi

- a. Pandangan bahwa situasi mengancam membuat kita merasa takut, cemas, marah, dll
- b. Untuk mengatasinya:
  - Sadari bahwa perasaan/emosi-emosi tersebut adalah respon wajar pada situasi bencana dan dapat dialami oleh semua orang termasuk relawan dan bidan.
  - Sadari juga bahwa kita manusia memiliki kemampuan adaptasi dan daya lenting /ketangguhan sehingga emosi-emosi tersebut bisa dikelola/diatasi.
  - Cobalah untuk berpikir positif misalnya : “tidak ada yang statis dan kekal, maka semua kesulitan ini juga akan berlalu”.
  - Lakukan beberapa kegiatan relaksasi yang dapat membantu mengelola dan menstabilkan emosi kita :
    - Kegiatan untuk mendapatkan ketenangan atau merasa santai
    - Mengatasi cemas, gelisah, marah, sulit konsentrasi, sakit kepala, sulit tidur, dampak stres lainnya → berpikir lebih jernih untuk penyelesaian masalah
    - Istirahatkan pikiran dari masalah sehari-hari
    - Meningkatkan kesehatan fisik dan mental

Contoh: ibadah, bermain dengan anak, mendengarkan musik, latihan pernafasan dll.

## 9) Kelola Respon Fisik

- a. Stres dan berbagai emosi negatif menurunkan daya tahan tubuh
- b. Untuk mengatasinya: upayakan hidup dengan SEIMBANG! (olahraga, makan sehat, istirahat cukup)
- c. Manfaat olahraga:

- Menyalurkan perubahan fisik yang terjadi akibat stres
- Memacu tubuh mengeluarkan hormon endorfin dan dopamine yang dapat mengurangi rasa sakit, kecemasan, dan kesedihan dan menghasilkan perasaan senang dan bahagia
- Mengalihkan perhatian
- Meningkatkan kesehatan dan vitalitas tubuh

Tekanan psikologis semakin meningkat/banyak, atau kita mengalami hari yang buruk, maka siapakah yang membantu relawan/tenaga kesehatan tersebut. Di sinilah pentingnya perawatan diri menjadi jelas. Perawatan diri mengacu pada meluangkan waktu dan energi untuk merawat diri sendiri, dan membantu diri mengatasi stres kehidupan. Hal ini sangat penting bagi tenaga kesehatan/relawan/sukarelawan di lokasi bencana untuk menaruh perhatian dan kasih yang sama kepada diri Anda seperti halnya terhadap program dan masyarakat yang Anda layani. Berikut beberapa tips sederhana untuk mempromosikan perawatan diri:

#### 1. Tetap terhidrasi

Jaga asupan cairan tubuh. Beberapa kegiatan respon tanggap darurat biasanya melibatkan banyak aktivitas fisik, sehingga sangat penting untuk minum air yang cukup untuk tubuh Anda dan menjaga diri tetap terhidrasi dengan baik.

#### 2. Istirahat

Usahakan istirahat yang cukup. Tubuh yang lemas dan tampak mengantuk adalah hal yang tidak baik. Tubuh memerlukan tidur agar berfungsi dengan baik. Atur waktu tidur agar dapat berperan dalam memberikan bantuan respon bencana yang efektif. Untuk menjaga stamina dan semangat, perlu juga menyempatkan waktu untuk beristirahat, pemulihan dan berefleksi. Pada masa tanggap darurat, pada umumnya relawan termasuk bidan akan bersiaga selama 24 jam untuk mengantisipasi adanya bencana susulan ataupun adanya kebutuhan layanan dari penyintas. Agar kebutuhan untuk beristirahat tetap dapat terpenuhi, sebaiknya diterapkan sistem bergiliran/shift jaga antar bidan untuk bergantian ada yang bertugas dan ada yang beristirahat.

#### 3. Kenali batas tubuh Anda

Beljarlah untuk menolak sesuatu hal yang tidak dibutuhkan atau diluar batas kemampuan diri. Berkata tidak bisa jadi adalah suatu hal yang sulit didengar dan terkadang lebih sulit untuk dikatakan. Kita perlu menghormati batasan kita sendiri tentang apa yang kita bisa dan tidak bisa lakukan. Jangan takut untuk mengatakan "tidak" saat dibutuhkan. Sampaikan dengan cara yang asertif.

4. Tidak beraktivitas jika Anda sakit

Kadang-kadang kita merasakan banyak tekanan dalam pekerjaan, bahkan ketika kita tidak dalam kondisi sehat. Jika Anda merasa kondisi tidak prima, berikan waktu yang dibutuhkan bagi tubuh untuk memulihkan diri sebelum kembali ke aktivitas respon bencana.

5. Berbaik hatilah pada diri sendiri

Tidak ada yang sempurna dan kesalahan bisa saja terjadi. Bahkan sebagai petugas yang ahli/terampil, segalanya tidak akan selalu berjalan seperti yang kita harapkan. Ketika ini terjadi, maafkan dirimu, belajar dari kesalahan, dan terus maju.

- Pakailah pakaian yang sesuai dan peralatan keselamatan.
- Hindari kontak dengan bahan kimia berbahaya dan waspadai pecahan kaca, kuku, dan benda tajam lainnya.



**Olah raga bersama di wilayah terdampak bencana Pasigala (Palu, Sigi dan Donggala)**

## VIII. RANGKUMAN

Pemahaman pendekatan dan dukungan psikososial dalam konteks bencana sangat diperlukan bagi bidan agar dapat memberikan penanganan yang tepat pada penyintas agar dapat meningkatkan ketangguhan penyintas untuk bangkit, merujuk pada layanan yang dibutuhkan penyintas. Dalam melaksanakan tugasnya sebagai relawan bencana, bidan juga harus melakukan perawatan diri agar dapat menjaga keseimbangan fisik, psikologis dan mampu mengelola stres selama bertugas pada situasi krisis kesehatan akibat bencana.



## IX. DAFTAR PUSTAKA

1. Rekam Jejak Layanan Dukungan Psikososial (LDP) dalam Penanganan Bencana Alam di Indonesia; Direktorat Perlindungan Sosial Korban Bencana Alam Ditjen Linjamsos Kementerian Sosial RI; 2017
2. Pedoman Dukungan Psikososial Penanggulangan Bencana; Direktorat Perlindungan Sosial Korban Bencana Alam Ditjen Linjamsos Kementerian Sosial RI; 2015
3. Hesse, A.R. (2002). Secondary Trauma : How Working with Trauma Survivors Affects Therapists. *Clinical Social Work Journal*, vol 30, 293 – 310.
4. Lonergan, B.A. (1999). *The Development of Trauma Therapist : A Qualitative Studi of the Therapist's Perspectives and Experiences*. Colorado : Counselling Psychology.
5. Mc.Cann, I.L dan Saakvitne, K.W. (1995). Treating Therapists with Vicarious Traumatization and Secondary Traumatic Stres Disorder. *Dalam C.R. Fifley (Ed), Compassion Fatigue : Secondary Traumatic Stres Disorder from Treating the Traumatized*. New York : Brunner/ Mazel, Publishers.
6. Pickett,G.Y. (1998). Therapist in Distres : *An Integrative Look at Burnout, Secondary Traumatic Stres and Vicarious Traumatization*. Dissertation. University of Missouri-St. Louis.
7. Stamm, B.H. (1999). *Secondary Traumatic Stres. Self Care Issues for Clinicians, Researchers dan Educators*. MD : Sidran Press.
8. Steed, L.G. dan Downing, R. (1998). A Phenomenological Studi of VT Amongst Psychologist and Professional Counsellor Working in The Field of Sexual Abuse/ Assault. *The Australian Journal of Disaster dan Trauma Studies*
9. Erica Harper, Hukum dan standar internasional yang berlaku dalam situasi bencana alam, Grasindo: 2009
10. Panduan Praktis Dukungan Psikologis Pasca Bencana, Indonesian Mental Health Association (IMHA)
11. IASC (2007), IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support. [www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-products-default](http://www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-products-default)
12. IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support (2010), Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) In Humanitarian Emergencies: What Should Protection Programme Managers Know. [www.psychosocialnetwork.net/explore/tags/mhpps/](http://www.psychosocialnetwork.net/explore/tags/mhpps/)



# MATERI 14

## PERSIAPAN BIDAN UNTUK MENDUKUNG PELAKSANAAN PPAM PADA SITUASI KRISIS KESEHATAN



## I. DESKRIPSI SINGKAT

Materi ini membahas tentang peran bidan pada situasi krisis kesehatan terutama pada masa tanggap darurat dan persiapan yang harus dilakukan agar dapat memberikan pelayanan PPAM (Paket Pelayanan Awal Minimum) kesehatan reproduksi.

Bidan yang bekerja di daerah yang rawan bencana sewaktu-waktu dapat ditugaskan sebagai tenaga kesehatan pada tanggap darurat krisis kesehatan di daerahnya. Selain itu, bidan dari daerah lain juga dapat bekerja sebagai bidan relawan bencana. Untuk dapat berperan dalam respon bencana dan bekerja sebagai pekerja kemanusiaan atau relawan, bidan perlu disiapkan dan dilengkapi dengan pengetahuan dan keterampilan, agar dapat mempersiapkan diri dan melindungi diri sendiri pada krisis kesehatan akibat bencana, dan mampu memberikan pelayanan kesehatan reproduksi bagi masyarakat yang terkena dampak bencana sesuai dengan kapasitasnya.

## II. TUJUAN PEMBELAJARAN

### A. Hasil Belajar

Setelah mempelajari materi ini, peserta didik diharapkan memahami tentang peran bidan untuk mendukung pelaksanaan PPAM pada situasi krisis kesehatan dan bagaimana mempersiapkan diri untuk menjadi pekerja kemanusiaan atau relawan bencana

### B. Indikator Hasil Belajar

Setelah mengikuti sesi ini, peserta diharapkan:

- a. Menjelaskan peran bidan untuk mendukung implementasi PPAM pada situasi krisis kesehatan.
- b. Mampu menjelaskan persiapan apa saja yang perlu dilakukan oleh bidan sebelum penugasan untuk respon bencana.
- c. Mampu menjelaskan hal-hal yang harus dilakukan oleh bidan selama bertugas di daerah bencana dan setelah menyelesaikan tugas.

## III. POKOK BAHASAN

Dalam modul ini akan membahas mengenai :

- a. Peran bidan dalam mendukung implementasi PPAM pada situasi krisis kesehatan
- b. Persiapan fisik, mental dan sosial yang harus dipersiapkan oleh bidan
- c. Tugas yang dilakukan bidan selama bekerja di daerah bencana dan setelah selesai penugasan.

#### IV. BAHAN BELAJAR

1. Modul Peran Bidan dalam Mendukung Implementasi PPAM pada Situasi Krisis Kesehatan.
2. LCD
3. Laptop
4. Papan tulis/lembar *flipchart*
5. Spidol

#### V. LANGKAH-LANGKAH PEMBELAJARAN

Menggunakan pendekatan *student-centered learning*.

#### VI. URAIAN MATERI

##### A. Peran Bidan Pada Krisis Kesehatan (Situasi Tanggap Darurat Bencana)

Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana Pasal 26 huruf D menyebutkan bahwa setiap orang berhak berperan serta dalam perencanaan, pengoperasian dan pemeliharaan program penyediaan bantuan pelayanan kesehatan pada respon bencana. Pasal 48 (e) dan Pasal 55 menyebutkan bahwa perlindungan terhadap kelompok rentan termasuk dalam penyelenggaraan tanggap darurat, prioritas untuk mendapatkan penyelamatan, evakuasi, pengamanan, pelayanan kesehatan dan psikososial. Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan menyebutkan bahwa bidan memberikan pelayanan kebidanan kepada perempuan selama masa sebelum hamil, masa kehamilan, persalinan, pascapersalinan, masa nifas, bayi baru lahir, bayi, balita, dan anak prasekolah, termasuk kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana sesuai dengan tugas dan wewenangnya.



**Bidan Zul menolong persalinan 24 jam pasca gempa Sulawesi Tengah, 2018**

Peraturan Menteri Kesehatan No. 64 Tahun 2013 tentang Penanggulangan Krisis Kesehatan, Pasal 22 menyebutkan pelayanan kesehatan reproduksi harus tersedia pada saat tanggap darurat krisis kesehatan. Pasal 26 menyebutkan pelayanan kesehatan reproduksi harus tersedia pada saat pasca darurat krisis kesehatan. Untuk itu kehadiran bidan pada situasi darurat menjadi suatu kebutuhan dimana 25% terdampak bencana adalah perempuan dan bayi.

International Confederation of the Midwives (ICM) sebagai induk organisasi bidan dunia telah mengeluarkan beberapa Position Statement tentang peran bidan dan kesehatan Ibu anak pada keadaan bencana (*Position Statement, Role of the Midwife in Disaster/Emergency, adopted at Prague Council Meeting 2014*).

Dalam *position paper* ini, ICM menyatakan bahwa:

1. Meyakini bahwa keterlibatan bidan dalam kesiapsiagaan bencana adalah sangat penting dan mendasar untuk penyediaan pelayanan kesehatan maternal, neonatal dan kesehatan balita untuk ibu-ibu dan anak-anak pada situasi bencana.
2. Bidan memiliki posisi yang unik untuk mendukung proses menyusui dan pemberian makan bayi pada saat terjadi bencana, dan oleh karena itu dapat melindungi kesehatan bayi pada situasi darurat ini.



### **Briefing Bidan Relawan gempa Sulawesi Tengah, 2018**

#### **1. Tugas dan peran bidan pada situasi krisis kesehatan adalah sebagai berikut:**

##### **Peran bidan dalam mendukung pelaksanaan PPAM**

- a. Mendukung mekanisme koordinasi untuk implementasi PPAM yang merupakan komponen pertama dari PPAM dan mendukung pelaksanaan komponen lainnya.

- b. Bidan yang telah mendapatkan pelatihan PPAM dapat menjadi anggota tim subklaster kesehatan reproduksi untuk terlibat dalam penilaian cepat kesehatan (*Rapid Health Assessment*) dan penilaian kebutuhan khusus PPAM.
- c. Melakukan pendataan dan pemetaan ibu hamil, pascapersalinan, dan bayi baru lahir serta ibu nifas di tempat-tempat pengungsian bersama petugas puskesmas.
- d. Mendukung implementasi semua komponen PPAM, termasuk komponen kekerasan seksual, IMS/HIV, kesehatan maternal dan neonatal, pelayanan kontrasepsi, pelayanan minimum kesehatan balita dan pelayanan minimum kesehatan lanjut usia. Peran bidan untuk setiap komponen PPAM, akan diterangkan di materi masing-masing komponen.
- e. Memberikan informasi dan edukasi kepada masyarakat terkait kesehatan reproduksi dan pelayanan yang tersedia pada krisis kesehatan baik melalui pelayanan di fasilitas kesehatan, pelayanan sementara di tenda kesehatan reproduksi maupun melalui pelayanan bergerak.
- f. Mendukung pemberian pelayanan kesehatan reproduksi bagi semua penduduk yang terdampak krisis kesehatan termasuk untuk kelompok rentan.
- g. Memberikan dukungan psikososial awal sesuai kemampuan dan kapasitasnya, khususnya bagi penyintas kekerasan seksual dan masyarakat yang terkena dampak krisis kesehatan pada umumnya.
- h. Melakukan advokasi tentang pentingnya pelaksanaan PPAM pada krisis kesehatan kepada semua pihak yang terkait.



**Tim Bidan tenda Kesehatan Reproduksi Kota Palu memberikan kit untuk ibu hamil, 2018**

## 2. **Persiapan dan Perlindungan diri bagi bidan di wilayah terdampak bencana**

Bidan sebagai tenaga kesehatan mempunyai kewajiban menolong dalam penyelamatan jiwa. Bidan dapat berperan aktif dalam penanggulangan bencana dengan menjadi relawan yang ditugaskan pada penanggulangan krisis kesehatan. Oleh sebab itu bidan dapat mempersiapkan diri untuk menjadi relawan pada penanganan situasi krisis.



### **Bidan relawan Pasigala (Palu, Sigi dan Donggala), Sulawesi Tengah 2018**

Mengingat situasi krisis merupakan situasi yang sangat berbeda dengan situasi normal, maka untuk menjadi relawan perlu ada persiapan khusus, baik persiapan fisik, mental dan sosial.

Persiapan dimaksud meliputi

#### **a. Sebelum terjadi situasi krisis**

- 1) Pertanyaan awal yang perlu dijawab adalah:  
Apakah Anda siap untuk membantu dan menjadi bidan relawan?
- 2) Setelah Anda menyatakan siap, selanjutnya bidan mempersiapkan secara fisik, mental dan sosial, diantaranya menjaga kesehatan, rela berkorban untuk membantu orang lain, mempersiapkan keluarga yang akan ditinggalkan, misalnya menitipkan untuk mengasuh dan menjaga anak yang masih kecil, menjaga anggota keluarga yang memiliki ketergantungan.





### **Tim Bidan tenda Kespro Pasigala (Palu, Sigi dan Donggala), 2018**

Untuk dapat melayani dalam situasi bencana kompetensi minimal yang harus dimiliki bidan siaga bencana adalah sebagai berikut:

1. Menguasai tugas dan kewajiban sebagai bidan.
2. Memiliki pengetahuan dan keterampilan untuk melaksanakan Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi (telah mendapat pelatihan PPAM).
3. Memiliki keterampilan untuk berkoordinasi dengan tenaga kesehatan yang lain, lintas program maupun dengan lintas sektor terkait.
4. Mampu mendukung penyediaan layanan untuk setiap komponen PPAM sesuai dengan kapasitasnya sebagai bidan.
5. Memiliki pengetahuan dan keterampilan untuk memberikan dukungan psikososial.
6. Memiliki keterampilan untuk melakukan kegiatan Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE), termasuk kemampuan berkomunikasi yang baik masyarakat yang terkena dampak bencana.
7. Memiliki pengetahuan dan keterampilan untuk menjaga kondisi psikologis diri/perawatan diri dan mampu mengelola stres.

Saat menjadi relawan, stres adalah suatu kondisi yang sangat mungkin terjadi. Melihat pemandangan yang tidak biasa, dan

menghadapi penyintas dengan perasaan yang bermacam-macam, tentu sedikit banyak akan mempengaruhi kondisi psikologis Anda. Sebaiknya, relawan memiliki kemampuan konseling dasar serta manajemen stres. Tujuannya agar relawan tidak mudah terbawa arus emosi korban bencana. Jika sebagai relawan - Anda terbawa stres. Bisa jadi Anda malah menjadi beban bagi relawan lainnya, juga korban.

8. Memiliki pengetahuan dan keterampilan manajemen dan administrasi seperti melakukan pencatatan dan pelaporan, memonitor ketersediaan logistik kesehatan reproduksi di tempat bertugas dan melakukan kegiatan monitoring dan evaluasi.
9. Terampil, terlatih bekerja cekatan, tanggap dan peduli terhadap situasi.
10. Berjiwa tangguh, gigih, berani, siap bekerja pada situasi krisis yang penuh tekanan dan stres dan dengan fasilitas yang terbatas.
11. Kreatif, inovatif, adaptif.

Dalam memberikan bantuan/respon tanggap darurat, bidan relawan memberikan pelayanan atas kesadaran penuh akan risiko yang dihadapi dilapangan. Untuk itu perlu persiapan yang baik dari daerah asal sebelum keberangkatan. Berikut beberapa hal yang perlu dipersiapkan sebelum mengabdikan diri di daerah terdampak bencana

### **1. Kesiapan Mental**

Ketika Anda memutuskan menjadi bidan relawan, rasa ikhlas membantu saja tidaklah cukup. Sebelum berangkat sebaiknya Anda benar-benar menyiapkan mental. Mulailah dengan tidak memiliki ekspektasi berlebih terhadap kondisi wilayah terdampak bencana. Relawan bisa saja tidak mandi teratur, tidur di kasur, bisa mengakses air bersih, atau menggunakan perangkat elektronik yang membutuhkan listrik. Apalagi, walaupun ada beberapa wilayah yang sudah teraliri listrik. Masalah pasokan listrik masih menjadi persoalan terutama pada bencana gempa dan tsunami. Terpenting, seorang relawan perlu terlebih dahulu memahami bahwa kondisi wilayah terdampak bencana akan jauh berbeda dengan rumah atau daerah tinggalnya, dimana situasi serba terbatas dan memiliki risiko bahaya (masih ada bencana susulan, dll).

### **2. Minta Izin dan dukungan dari keluarga**

Sebelum memutuskan keberangkatan ke daerah terdampak bencana, bidan relawan perlu mendapatkan izin dan dukungan dari orang tua/wali atau suami. Pertama hal ini terkait

keselamatan, kepada siapa bila ada situasi darurat keluarga bidan yang bisa dikontak. Kedua pentingnya dukungan diperlukan ketika bertugas salah satu hal yang dapat mengatasi rasa stres selama memberikan layanan dalam situasi bencana adalah adanya dukungan keluarga yang dapat dihubungi ketika bertugas/tetap menjalin komunikasi yang baik dengan keluarga.

### **3. Menyiapkan perbekalan yang harus dibawa**

#### **a. Keperluan pribadi**

Lengkapi diri Anda dengan kebutuhan pribadi secukupnya berupa baju, makanan, obat-obatan pribadi. Tempat tidur lipat/sleeping bag, tikar, ponco, jas hujan, jaket, sepatu kerja, senter, powerbank dan perlengkapan kerja/pribadi lainnya, makanan siap konsumsi, air mineral. Daftar peralatan individu yang disarankan bagi tenaga kesehatan yang ditugaskan di tempat bencana bisa dilihat di lampiran 1.

#### **b. Perlengkapan Terkait Higiene dan Sanitasi**

Membawa kantong sampah (*trash bag*) dengan jumlah cukup, peralatan makan sendiri, dan instant hand sanitizer, serta sarung tangan karet adalah hal yang juga penting. Sebab, relawan juga perlu menyiapkan peralatan untuk menjaga higienitas dan kebersihan. Selain itu, tahu tentang cara menyimpan stok makanan hingga cara membuang sampah, tak kalah pentingnya. Hal itu dilakukan agar tidak menimbulkan penyakit yang hanya akan menjadi masalah baru di kawasan terdampak. Relawan perlu menjaga diri dari penyakit yang berasal dari makanan atau sampah yang tak tepat ditangani.

#### **c. Alat Pelindung Diri (APD)**

Sebelum berangkat, pastikan Anda sudah membawa alat dan barang yang berfungsi sebagai pelindung diri. Seperti masker, sepatu boot, sarung tangan karet, dan kaca mata pelindung. Bila perlu, Anda membawa obat nyamuk oles, krim tabir surya, dan obat-obatan pribadi.

### **4. Minum Profilaksis Malaria**

Meminumnya 1-2 hari sebelum berangkat dan 7 hari setelah dari daerah yang memang endemi malaria ditujukan untuk mencegah infeksi masuk ke tubuh kita. Namun, untuk mengkonsumsi obat ini, ada baiknya Anda berkonsultasi dulu dengan dokter.

### **b. Selama bekerja dalam situasi krisis**

Saat hadir di daerah terdampak bencana, bidan relawan perlu melakukan hal hal dibawah ini:

1. Melaporkan diri kepada koordinator lapangan/ tim subklaster kesehatan reproduksi.
2. Menjalin kerjasama, komunikasi yang efektif dengan sesama bidan dan tenaga kesehatan lainnya, termasuk saling menghargai rekan kerja.
3. Mencari dukungan untuk memperkuat kapasitas.
4. Memanfaatkan sumber daya yang ada, menggunakan kearifan lokal untuk penyelamatan jiwa yang terdampak.
5. Mencatat dan melaporkan semua kegiatan yang telah dilakukan untuk menjamin kesinambungan pelayanan dan mencegah miskomunikasi/kesalahpahaman.
6. Penting menjaga kesehatan fisik dan emosional termasuk stamina dan semangat.
7. Menghargai para penyintas bencana dengan cara:
  - a. Menghormati adat dan budaya setempat
  - b. Menjaga kesopansantunan dan tata krama terhadap masyarakat, rekan kerja dan pihak lainnya
  - c. Berpakaian sopan dan tidak menonjolkan perhiasan, telepon seluler atau gadget lainnya.
  - d. Menghargai hak-hak penyintas/pasien.



**Pendataan pengungsi di tenda darurat pengungsian, bencana gempa, Palu, 2018**

### c. Setelah situasi krisis

Setelah masa tugas bidan relawan berakhir, maka sebelum meninggalkan lokasi, bidan relawan harus melakukan hal berikut ini:

1. Melakukan inventarisasi sarana dan prasarana.
2. Serah terima alat/peralatan/sumber daya dan dokumen - dokumen lain.
3. Berpamitan dengan tim subklaster dan tokoh masyarakat.
4. Mengikuti sesi kelompok dukungan (debriefing/support group) sebagai bentuk dukungan psikososial kepada relawan bidan.
5. Menyiapkan laporan singkat selama menjadi relawan dan mendokumentasikan praktik baik dan pembelajaran untuk perbaikan ke depan.
6. Melakukan evaluasi tentang kinerja selama bekerja mendukung respon krisis kesehatan.

## VII. RANGKUMAN

- Bidan memiliki peranan yang sangat penting dalam penyediaan pelayanan kesehatan reproduksi pada situasi normal maupun pada situasi krisis kesehatan dengan mendukung pelaksanaan PPAM kesehatan reproduksi
- Untuk dapat bekerja pada respon krisis kesehatan bidan perlu dibekali dengan pengetahuan dan keterampilan tentang PPAM dan harus melakukan persiapan baik secara fisik, mental dan sosial.

## VIII. DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia, Undang-Undang Republik Indonesia nomor 24 tahun 2007, tentang Penanggulangan Bencana.
2. Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia, Undang-Undang Republik Indonesia no 4 tahun 2019, tentang Kebidanan.
3. Kementerian Kesehatan, Peraturan Menteri Kesehatan no 64 tahun 2013 tentang Penanggulangan Krisis Kesehatan.
4. International Confederation of Midwives, 2014, Position Statement, Role of the Midwife in Disaster/Emergency Preparedness.

## IX. LAMPIRAN

### Lampiran 1:

#### Daftar peralatan individu yang disarankan bagi tenaga kesehatan yang ditugaskan di tempat bencana


Peralatan emergency individual (disarankan, dengan merujuk pada emergency kit dari salah satu anggota RH sub kluster yang digunakan pada saat respon bencana pasca bencana di provinsi Sulawesi Tengah tahun 2018)\*


Peralatan emergency individual (disarankan, dengan merujuk pada emergency kit dari salah satu anggota RH sub kluster yang digunakan pada saat respon bencana pasca bencana di provinsi Sulawesi Tengah tahun 2018)\*


- a. Tenda individual dan terpal untuk alas
- b. Kantung tidur (*sleeping bag*)
- c. Kit P3K (First Aid kit) dan obat-obat pribadi (bawa sendiri), kapur semut/serangga (bawa sendiri)
- d. Obat perlindungan diri: krim tabir surya (*sunblock*), lotion anti nyamuk (*mosquito repellent*) (tidak disediakan)
- e. Peralatan makan: piring, sendok, garpu, pisau berbahan stainless steel, pembuka botol/kaleng.
- f. Kain lap (kanebo) multifungsi 2 buah
- g. Handuk yang bisa dikeringkan segera (microfiber)
- h. Peralatan penyaring air sederhana (apakah dalam bentuk aquatab/atau alat penyaring air):
- i. Botol air dan kantong penyimpanan air (*water bladder*)
- j. Senter
- k. Lampu darurat (*emergency/kamping lamp*)
- l. Baterai yang dapat diisi ulang
- m. *Solar power pad* (lempeng tenaga surya), kecil dan portabel
- n. Tas ransel besar untuk menyimpan semua peralatan





 Jl. Johar Baru V No. D13  
Jakarta Pusat 10560

 Tel: 800 123-4567

 Website: [ibi.or.id](http://ibi.or.id)



 Menara Thamrin, 7<sup>th</sup> Floor.  
Jl. M. H. Thamrin, Kav. 3,  
Jakarta Pusat, 10250

 Tel: +62 21 29802300

 Fax: +62 21 31927302

 Website: [indonesia.unfpa.org](http://indonesia.unfpa.org)

UNFPA, the United Nations Population Fund,  
works to deliver a world where every pregnancy is wanted,  
every birth is safe and every young person's potential  
is fulfilled.