



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA



UNFPA

613.043 3
Ind
p

PEDOMAN PELAKSANAAN PAKET PELAYANAN AWAL MINIMUM (PPAM) KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA PADA KRISIS KESEHATAN



KEMENTERIAN KESEHATAN
TAHUN 2017

Katalog Dalam Terbitan. Kementerian Kesehatan RI

613.043 3

**Ind
p**

Indonesia. Kementerian Kesehatan RI. Direktorat Jenderal
Kesehatan Masyarakat

**Pedoman Pelaksanaan Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi
Remaja Pada Krisis Kesehatan.**—Jakarta : Kementerian Kesehatan RI. 2018

ISBN 978-602-416-422-5

1. Judul I. ADOLESCENT HEALTH SERVICES
II. REPRODUCTION

TIM PENYUSUN

Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat
Direktorat Kesehatan Keluarga
Jakarta, 2018

Pengarah

dr. Eni Gustina, MPH (Direktur Kesehatan Keluarga, Kementerian Kesehatan RI)

Editor

dr. Christina Manurung, MKM (Kepala Sub Direktorat Kesehatan Usia Sekolah dan Remaja)
dr. Linda Siti Rohaeti, MKM (Kepala Seksi Kesehatan Usia Sekolah dan Remaja di Luar Sekolah)
dr. Ni Made Diah Yosi (Kepala Seksi Kesehatan Usia Sekolah dan Remaja di Dalam Sekolah)
Loveria Sekarrini (Konsultan)

dr. Florentine Marthailova (Staf Sub Direktorat Kesehatan Usia Sekolah dan Remaja)
dr. Stefani Christanti (Staf Sub Direktorat Kesehatan Usia Sekolah dan Remaja)
Sri Hasti (Staf Sub Direktorat Kesehatan Usia Sekolah dan Remaja)
Evasari Ginting, SKM (Staf Sub Direktorat Kesehatan Usia Sekolah dan Remaja)
Elisabeth Sidabutar (UNFPA Indonesia)
Milliana Wardhani (UNFPA Indonesia)
Anggraini Sariastuti (UNFPA Indonesia)

Kontributor

Lintas Program Kesehatan dan Lintas Sektor

Direktorat Kesehatan Keluarga, Kementerian Kesehatan
Pusat Krisis Kesehatan, Kementerian Kesehatan
Direktorat Gizi Masyarakat, Kementerian Kesehatan
Direktorat Kesehatan Lingkungan, Kementerian Kesehatan
Direktorat P2 Masalah Kesehatan Jiwa dan NAPZA, Kementerian Kesehatan
Direktorat P2 Penyakit Tidak Menular, Kementerian Kesehatan
Direktorat P2 Penyakit Menular Langsung, Kementerian Kesehatan
Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan, Kementerian Kesehatan
Direktorat Perlindungan Sosial dan Korban Bencana Alam, Kementerian Sosial
Direktorat Perlindungan Sosial dan Korban Bencana Sosial, Kementerian Sosial
Direktorat Bina Ketahanan Remaja, BKKBN
Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta

Organisasi Profesi

Ikatan Dokter Indonesia (IDI)
Ikatan Bidan Indonesia (IBI)

Organisasi Kemasyarakatan

Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI)
Palang Merah Indonesia (PMI)
Aliansi Remaja Independen (ARI)
Youth Forum Kulonprogo, DI Yogyakarta

Diterbitkan Oleh :

Kementerian Kesehatan RI

Hak Cipta dilindungi oleh Undang-Undang

Dilarang memperbanyak buku ini sebagian atau seluruhnya dalam bentuk dan dengan cara apapun juga, baik secara mekanis maupun elektronik termasuk fotocopy rekaman dan lain-lain tanpa seizin tertulis dari penerbit.

KATA SAMBUTAN DIREKTUR KESEHATAN KELUARGA

Indonesia adalah negara yang sangat rentan terhadap bencana baik bencana alam maupun non alam. Mulai dari bencana gempa, tsunami, letusan gunung berapi, banjir, tanah longsor dll. Begitu juga dengan bencana non alam seperti konflik sosial, konflik antar suku dll. Dampak bencana yang timbul bisa berupa berbagai masalah kesehatan, maka tenaga kesehatan di lapangan sebagai pelaksana pelayanan terdepan dalam segala situasi termasuk saat krisis kesehatan harus sudah siap mengantisipasinya. Terkait hal tersebut Kementerian Kesehatan berupaya membekali jajaran petugas kesehatan dengan berbagai pedoman maupun prosedur untuk tetap bisa memberikan pelayanan secara optimal di saat bencana maupun pasca bencana yaitu saat menghadapi dampak bencana tersebut, termasuk masalah kesehatan pada kelompok remaja.

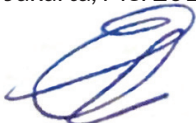
Remaja di negara Indonesia adalah kelompok penduduk dengan proporsi yang besar sekaligus rawan terdampak bila terjadi masalah krisis kesehatan/ bencana. Seiring masalah kesehatan yang muncul pada situasi tersebut, khusus terkait pemenuhan kebutuhan kesehatan seksual dan reproduksi remaja terabaikan seperti resiko mengalami kekerasan seksual dan kekerasan berbasis gender, perkawinan anak, dan resiko tertular Infeksi Menular Seksual (IMS) dan HIV. Karenanya perlu upaya untuk menyiapkan pelayanan pada situasi krisis kesehatan/ bencana yang dapat dilaksanakan melalui penyusunan rencana kesiapsiagaan di bidang kesehatan reproduksi remaja di tiap tingkatan mulai dari tingkat Kabupaten/Kota, Provinsi maupun Nasional.

Kementerian Kesehatan telah menerbitkan PPAM kesehatan Reproduksi pada tahun 2015, namun pedoman tersebut belum berisikan komponen kesehatan reproduksi khusus untuk remaja terutama untuk kesehatan jiwa dan dukungan psikososial. Hal ini sangat diperlukan karena perlu pendekatan khusus dalam melakukan intervensi melalui pendekatan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) serta penggunaan alat bantu penilaian kebutuhan (*assessment tools*) yang berbeda dengan PPAM secara umum. Karenanya perlu disusun Buku Pedoman PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja, sehingga kebutuhan kesehatan reproduksi remaja selama situasi krisis kesehatan dapat terpenuhi. Pedoman ini yang digunakan sebagai acuan petugas kesehatan dalam mengimplementasikan pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi remaja di lapangan.

Kami menyambut baik terbitnya buku ini, dan mengharapkan semua tingkatan pemberi pelayanan kesehatan di wilayah masing-masing dapat menyusun langkah kesiapsiagaan pada penanggulangan situasi krisis kesehatan/bencana, baik itu yang disebabkan oleh alam maupun non alam. Hal ini juga harus disertai dengan upaya peningkatan kesadaran petugas kesehatan dan masyarakat akan pentingnya penyediaan dan partisipasi aktif dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi pada remaja. Mudah-mudahan dengan adanya buku pedoman PPAM kesehatan reproduksi remaja pada situasi krisis kesehatan/bencana dapat mempermudah upaya kita semua dalam penanganan dampak bencana terutama di bidang kesehatan reproduksi remaja.

Tidak lupa kami mengucapkan banyak terima kasih dan penghargaan yang sebesar besarnya kepada semua pihak yang telah terlibat dalam penyusunan pedoman PPAM kesehatan reproduksi remaja pada situasi krisis kesehatan/ bencana ini. Semoga segala hasil pemikiran dan kerja keras Bapak Ibu sekalian mendapat ridho Allah SWT, Amin.

Jakarta, Mei 2017



Direktur Kesehatan Keluarga
Dr. Eni Gustina. MPH

KATA SAMBUTAN UNFPA REPRESENTATIVE IN INDONESIA

As one of the disaster-prone countries, located on the Pacific Ring of Fire, Indonesia frequently faces emergency events – including earthquakes, tsunamis, volcanic eruptions, floods, landslides, droughts and forest fires – and often with devastating effects. Indonesia’s vulnerability to disaster requires preparedness in all age groups, including among adolescents and youth.

Based on the Population Census 2010, BPS-Statistics Indonesia recorded that 64 million or 27% of Indonesia’s population are young people aged 10-24. There are 43.5 million adolescents aged 10-19 representing 18.3% of Indonesia’s population. Although adolescents and youth make up a large proportion of the population in the developing world, their sexual and reproductive health needs are often overlooked during a humanitarian response. In the aftermath of natural and human-made calamities, these vulnerable groups are commonly at risk of sexual and gender-based violence, early marriage, and exposure to Sexually Transmitted Infections and HIV.

During natural and human-made humanitarian emergencies, families and social structures are disrupted: adolescents may become separated from their families or communities, formal and informal education programmes are discontinued, and community and social networks break down. Adolescents may feel fearful, stressed, bored or idle and may find themselves in risky situations that they are not prepared to handle. They may suddenly have to take on adult roles without preparation, and without positive adult role models or support networks.

The Minimum Initial Service Package (MISP) for Adolescent Reproductive Health in a Health Crisis Situation contains step by step guidance for programmers and health providers on how to implement MISP for adolescents. It includes how to assess their needs, develop a response plan, identify a specific approach and intervene to address adolescent sexual and reproductive health (ASRH) in health crises with entry points for youth involvement as well as guidance for conducting monitoring and evaluation. This guideline is adapted from the “ASRH Toolkit for Humanitarian Settings” developed by UNFPA and Save the Children with an accompaniment for the guideline on “MISP in a Health Crisis”. The adaptation process and guideline development was led by the Ministry of Health, in collaboration with UNFPA, and with involvement of relevant stakeholders, including representatives from young people.

I hope that this guideline will be useful for programmers and health providers in meeting the specific needs of adolescents in health crises, facilitate their involvement and ensure that no one is left behind in a health crisis response.

Jakarta, June 2017



Dr. Annette Sachs Robertson
UNFPA Representative in Indonesia

DAFTAR ISI

| | |
|---|------------|
| KATA PENGANTAR | ii |
| KATA SAMBUTAN | iii |
| DAFTAR ISI | ivi |
| DAFTAR SINGKATAN | vii |
| | |
| BAB I PENDAHULUAN | 1 |
| 1.1. Latar Belakang | 1 |
| 1.2. Tujuan | 4 |
| 1.3. Sasaran | 5 |
| 1.4. Ruang Lingkup | 5 |
| 1.5. Dasar Hukum | 6 |
| | |
| BAB II KONSEP DASAR | 8 |
| 2.1. Konsep Dasar Bencana dan Krisis Kesehatan | 8 |
| 2.2. Konsep Dasar PPAM Kesehatan Reproduksi dan Kesehatan Reproduksi Remaja pada Situasi Krisis Kesehatan | 9 |
| | |
| BAB III PPAM KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA (KRR) | 13 |
| 3.1. Pra Krisis Kesehatan | 14 |
| 3.2. Tanggap Darurat Krisis Kesehatan | 15 |
| 3.2.1 Mengidentifikasi Koordinator PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja | 15 |
| 3.2.2 Mencegah dan Menangani Kekerasan Seksual | 20 |
| 3.2.3 Pencegahan Serta Pengobatan IMS dan HIV | 24 |
| 3.2.4 Mencegah Meningkatnya Kesakitan dan Kematian Remaja, Ibu Serta Bayi Baru Lahir | 26 |
| 3.2.5 Remaja, Kesehatan Jiwa dan Dukungan Psikososial | 28 |
| | |
| BAB IV KETERLIBATAN REMAJA DALAM PPAM KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA DI SITUASI KRISIS KESEHATAN | 34 |
| 4.1. Contoh Kegiatan Keterlibatan Remaja Dalam PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja Pada Situasi Krisis Kesehatan | 36 |
| | |
| BAB V PENILAIAN KEBUTUHAN KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA PADA TANGGAP DARURAT KRISIS KESEHATAN | 40 |
| 5.1. Tujuan Pelaksanaan Penilaian Kebutuhan Kesehatan Reproduksi Remaja | 40 |
| 5.2. Pihak Yang Menilai | 40 |
| 5.3. Penilaian Kebutuhan Kesehatan Reproduksi Remaja | 41 |

| | | |
|--|--|-----------|
| 5.4. | Prinsip Penilaian Kebutuhan Kesehatan Reproduksi Remaja | 42 |
| 5.5. | Langkah-Langkah Dalam Melakukan Penilaian | 43 |
| 5.6. | Jenis Instrumen | 44 |
| BAB VI INTERVENSI KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA PADA SITUASI KRISIS KESEHATAN | | 51 |
| 6.1. | Standar Minimum Intervensi dan Matriks Pelayanan PPAM KRR | 51 |
| 6.2. | Pintu Masuk Kesehatan Reproduksi Dalam Program Remaja Yang Sudah Ada | 52 |
| BAB VII MONITORING DAN EVALUASI | | 55 |
| 7.1. | Cara Melakukan Monitoring PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja | 55 |
| 7.2. | Evaluasi | 56 |
| FORMULIR 1 <i>Instrument Rapid Health Assesment (RHA)</i> | | 58 |
| FORMULIR 2 Pedoman Pertanyaan Fokus Group Diskusi (FGD) Kespro Remaja | | 59 |
| FORMULIR 3 <i>Informed Consent</i> | | 61 |
| FORMULIR 4 Instrument <i>HEEADSSS (Home, Education/Employment, Eating, Activity, Drug, Sexuality, Safety, Suicide)</i> | | 66 |
| FORMULIR 5 Daftar Titik Pelayanan Kesehatan Ramah Remaja | | 69 |
| FORMULIR 6 Lembar Monitoring Indikator PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja | | 73 |
| FORMULIR 7 Lembar Evaluasi | | 77 |
| LAMPIRAN 1 Logistik Kesehatan Reproduksi Remaja pada Tanggap Darurat Krisis Kesehatan | | 79 |
| LAMPIRAN 2 Penyesuaian Kit Kesehatan Reproduksi dengan Kondisi di Indonesia | | 84 |

DAFTAR SINGKATAN

| | |
|----------|---|
| AIDS | : <i>Acquired Immuno Deficiency Syndrome</i> |
| ARV | : <i>Anti Retro Viral</i> |
| BKKBN | : Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional |
| BNPB | : Badan Nasional Penanggulangan Bencana |
| BPBD | : Badan Penanggulangan Bencana Daerah |
| BPS | : Badan Pusat Statistik |
| CDC | : <i>Center of Disease Control and Prevention</i> |
| CSC | : <i>Community Support Center</i> |
| DVI | : <i>Disaster Victim Identification</i> |
| FGM | : <i>Female Genital Mutilation</i> |
| GBV | : <i>Gender-based Violence</i> |
| HAM | : Hak Asasi Manusia |
| HEEADSSS | : <i>Home, Education/Employment, Eating, Activities, Drugs, Sexuality, Safety and Suicide</i> |
| HIV | : <i>Human Immunodeficiency Virus</i> |
| IASC | : <i>Inter Agency Standing Committee</i> |
| IMS | : Infeksi Menular Seksual |
| IRA | : <i>Initial Rapid Assesment</i> |
| ISR | : Infeksi Saluran Reproduksi |
| KB | : Keluarga Berencana |
| KIA | : Kesehatan Ibu dan Anak |
| KIE | : Komunikasi, Informasi dan Edukasi |
| KPA | : Komisi Penanggulangan AIDS |
| KPAI | : Komisi Perlindungan Anak Indonesia |
| KRR | : Kesehatan Reproduksi Remaja |
| LSM | : Lembaga Swadaya Masyarakat |
| NAPZA | : Narkotik, Psikotropika, dan Zat Adiktif lainnya |
| ODHA | : Orang Dengan HIV AIDS |
| PBB | : Perserikatan Bangsa-Bangsa |
| PFA | : <i>Psychological First Aid</i> |
| PKK | : Pusat Krisis Kesehatan |
| PKPR | : Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja |
| PMR | : Palang Merah Remaja |
| PMTCT | : <i>Prevention of Mother to Child Transmission</i> |
| PONED | : Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar |
| PONEK | : Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif |
| PPAM | : Paket Pelayanan Awal Minimum |

| | |
|--------|--|
| PPIA | : Pencegahan Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak |
| PPP | : Pencegahan Pasca Pajanan |
| RHA | : <i>Rapid Health Assesment</i> |
| SDKI | : Survei Demografi Kesehatan Indonesia |
| SKRRI | : Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia |
| TAGANA | : Taruna Siaga Bencana |
| UKS | : Usaha Kesehatan Sekolah |
| UNFPA | : <i>United Nations Population Fund</i> |
| WHO | : <i>World Health Organization</i> |

BAB I PENDAHULUAN



BAB I PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Indonesia merupakan gugusan kepulauan yang memiliki potensi bencana tinggi dan bervariasi. Sejak Januari hingga Juni 2016 tercatat bahwa terdapat 1.092 kejadian bencana dengan 267 korban meninggal & hilang, 1.709.158 korban mengalami luka ringan – berat, dan menjadi pengungsi serta terjadi 16.595 kerusakan pemukiman yang dilaporkan oleh Badan Nasional Penanggulangan Bencana.¹ Indonesia memiliki banyak jenis bencana, baik itu bencana alam, seperti banjir, tanah longsor, banjir dan tanah longsor, gelombang pasang/ abrasi, gempa bumi, kebakaran hutan dan lahan, letusan gunung berapi, puting beliung dan bencana non alam, seperti kecelakaan transportasi, aksi teror/sabotase.

Dalam Undang-Undang No.24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana, terdapat sebuah mekanisme penetapan status bencana. Dalam menyatakan status bencana dibutuhkan banyak pertimbangan, dan penetapan tersebut diberlakukan oleh pemerintah dalam jangka waktu tertentu atas dasar rekomendasi badan yang diberi tugas untuk menanggulangi bencana yang ditunjuk oleh pemerintah dan pemerintah daerah sesuai dengan kewenangannya.

Setiap bencana dapat menimbulkan krisis kesehatan. Sedangkan, penanggulangan masalah kesehatan individu atau masyarakat harus segera dilakukan dan tidak bisa menunggu sampai penetapan status bencana nasional atau daerah. Untuk itu, Kementerian Kesehatan melalui Pusat Krisis Kesehatan (PKK) menerbitkan Permenkes No. 64 Tahun 2013 tentang Penanggulangan Krisis Kesehatan, menggunakan istilah “Krisis Kesehatan” yang diartikan sebagai peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam kesehatan individu atau masyarakat yang disebabkan oleh bencana dan/atau berpotensi bencana.² Upaya penanggulangan krisis kesehatan akibat bencana merupakan kegiatan yang berada dalam siklus penanggulangan bencana. Siklus tersebut dimulai sejak sebelum terjadi bencana (perencanaan, mitigasi dan kesiapsiagaan), pada saat terjadinya bencana (tanggap darurat) dan pada saat setelah terjadinya bencana (rehabilitasi dan rekonstruksi).³ Penanggulangan krisis kesehatan mengikuti siklus penanggulangan bencana pada setiap tahapan bencana yang meliputi tahap pra krisis kesehatan, tanggap darurat krisis kesehatan dan pasca krisis kesehatan, dengan penekanan pada upaya pencegahan kejadian krisis kesehatan yang lebih parah atau buruk dan memperhatikan aspek pengurangan risiko bencana.

Kebutuhan pelayanan kesehatan selalu ada dan akan terus meningkat saat situasi krisis kesehatan. Kesehatan merupakan hak asasi manusia yang harus terpenuhi dalam situasi apapun termasuk dalam situasi bencana. Demikian halnya dengan kesehatan reproduksi yang merupakan bagian dari kesehatan. Kesehatan reproduksi

¹ Dibi.bnppb.go.id

² Permenkes No.64 Tahun 2013 tentang Penanggulangan Krisis Kesehatan

³ Pusat Penanggulangan Krisis, Pedoman Penyusunan Profil Penanggulangan Krisis Kesehatan Akibat Bencana Untuk Kabupaten/Kota (Jakarta: Departemen Kesehatan, 2009), hlm. 2.

meliputi siklus hidup manusia, sehingga dalam pemenuhan haknya diperlukan pendekatan multi sektor dan program yang bersifat terpadu. Di tingkat Internasional, intervensi kesehatan reproduksi dalam situasi krisis kesehatan dilakukan melalui Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) yang disusun berdasarkan pengalaman lapangan dari respon kemanusiaan dimana pada situasi bencana, pelayanan kesehatan reproduksi sering terabaikan.⁴

PPAM merupakan serangkaian kegiatan prioritas kesehatan reproduksi yang harus dilaksanakan segera pada tahap awal bencana/saat tanggap darurat krisis kesehatan yang menitikberatkan pada pencegahan kematian, kesakitan dan kecacatan pada populasi yang terkena dampak bencana, khususnya perempuan dan remaja perempuan.⁵ PPAM telah terintegrasi dengan Peraturan Menteri Kesehatan No.64 Tahun 2013 yang kemudian di perkuat dengan dikeluarkannya Buku Pedoman PPAM Kesehatan Reproduksi dalam Situasi Krisis Kesehatan di tahun 2015 sebagai pedoman rujukan program kesehatan reproduksi dalam mengimplementasikan PPAM Kesehatan Reproduksi.

PPAM Kesehatan Reproduksi dilakukan pada tanggap darurat krisis kesehatan dan dapat diterapkan pada semua jenis bencana, baik bencana alam maupun non alam pada situasi bencana nasional atau situasi bencana dimana pelayanan kesehatan reproduksi tidak dapat berjalan baik dan risiko masalah kesehatan reproduksi meningkat.

Dalam penerapannya, pelayanan kesehatan reproduksi pada tanggap darurat krisis kesehatan difokuskan pada lima tujuan utama yaitu koordinasi kesehatan reproduksi, kekerasan berbasis gender, Infeksi Menular Seksual (IMS) dan HIV/AIDS, kesehatan maternal dan neonatal, serta pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif dan terintegrasi dalam pelayanan kesehatan dasar. Selain itu, PPAM Kesehatan Reproduksi juga memberikan tambahan prioritas yang berfokus kepada kesehatan reproduksi remaja pada situasi bencana.

Penetapan prioritas kesehatan reproduksi remaja merupakan hal yang penting, karena pada situasi krisis banyak remaja yang terpisah dari keluarga atau masyarakat, sementara program pendidikan formal dan informal terhenti, serta jaringan masyarakat dan sosial terganggu. Remaja terkadang merasa takut, stres, bosan atau tidak mempunyai kegiatan apapun. Remaja menemukan dirinya dalam situasi berisiko dan tidak siap menghadapi situasi tersebut dan diharuskan untuk mengambil alih peran orang dewasa tanpa persiapan dan dukungan dari orang dewasa. Hilangnya mata pencaharian, keamanan dan perlindungan yang diberikan oleh keluarga dan masyarakat menempatkan remaja pada posisi berisiko kemiskinan, kekerasan, eksploitasi dan penganiayaan seksual. Dalam situasi krisis, remaja (terutama perempuan) rentan terhadap eksploitasi seksual dan perkosaan yang berisiko terhadap IMS dan HIV/AIDS, serta kehamilan yang tidak diinginkan.

Di 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

⁴ Kemenkes, UNFPA, Buku Pedoman PPAM Kesehatan Reproduksi Pada Krisis Kesehatan (Jakarta: Kementerian Kesehatan, 2015), hlm 2

⁵ Ibid

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 rentan 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.⁶ Badan Pusat Statistik (BPS) berdasarkan hasil Sensus Penduduk Tahun 2010, mencatat remaja usia 10-19 tahun berjumlah 43.551.824 jiwa yang artinya jumlah remaja di Indonesia berjumlah sekitar 18,3% dari total penduduk di Indonesia. 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.

Dalam situasi normal, sepertiga perempuan diseluruh dunia melahirkan sebelum berusia 20 tahun⁷, dengan jumlah persalinan dibawah usia 20 tahun sebesar 15 juta per tahun.⁸ Remaja yang hamil mengalami peningkatan risiko kesakitan dan kematian akibat komplikasi kehamilan dan persalinan, termasuk persalinan macet, prematur dan keguguran. Sekitar lima juta remaja berusia antara 15-18 tahun melakukan aborsi yang tidak aman setiap tahunnya⁹ dan 70.000 kematian terkait aborsi terjadi di antara kelompok usia ini setiap setengah tahun.¹⁰

Dalam situasi normal, remaja masih menghadapi hambatan dalam mengakses fasilitas pelayanan kesehatan reproduksi. Hambatan yang dihadapi diantaranya adalah pelayanan yang kurang ramah remaja, sehingga remaja menjadi malu, takut atau cemas dengan masalah yang berkaitan dengan kesehatan seksual dan reproduksi, dan khawatir kerahasiaannya kurang terjaga. Selain itu hambatan sosial budaya seperti norma sosial yang berlaku di masyarakat terkait dengan masalah kesehatan seksual dan reproduksi yang membatasi remaja untuk mengakses pelayanan kesehatan reproduksi. Hambatan selanjutnya adalah hambatan struktural, seperti jarak yang jauh ke fasilitas kesehatan, kurangnya fasilitas untuk klien penyandang disabilitas, jam buka fasilitas, waktu tunggu yang lama, biaya pelayanan dan kurangnya privasi yang membuat remaja enggan mengakses fasilitas pelayanan tersebut. Hambatan ini akan terus meningkat selama situasi krisis kesehatan.

Berdasarkan latar belakang tersebut, diperlukan suatu pedoman yang dapat digunakan sebagai acuan dalam mengimplementasikan pelaksanaan PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja, sehingga kebutuhan kesehatan reproduksi remaja selama situasi krisis kesehatan dapat terpenuhi. Buku Pedoman PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja merupakan turunan dari Buku Pedoman PPAM Kesehatan Reproduksi yang telah diterbitkan di tahun 2015 lalu. Buku pedoman PPAM kesehatan reproduksi remaja perlu disusun karena komponen kesehatan reproduksi remaja secara komprehensif belum masuk ke dalam komponen PPAM di Buku Pedoman PPAM kesehatan reproduksi tahun 2015. Dengan adanya komponen khusus untuk remaja seperti Kesehatan Jiwa dan

⁶ <http://www.unesco.org/new/en/social-and-human-sciences/themes/youth/youth-definition/>

⁷ UNFPA. State of the World Population 2004.

⁸ UNFPA. Making Reproductive Health a Reality for All: Reproductive Rights and Sexual and Reproductive Health Framework.

⁹ UNFPA. UNFPA and Young People: Imagine. (UNFPA, 2003). http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/582_filename_unfpa_and_young_people.pdf

¹⁰ UNFPA, op. Cit, 2004

Dukungan Psikososial, diperlukan pendekatan khusus dalam melakukan intervensi melalui Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR), serta penggunaan alat bantu penilaian kebutuhan (*assessment tools*) yang berbeda dengan PPAM secara umum. Pedoman kesehatan reproduksi dapat digunakan untuk mengkaji permasalahan kesehatan reproduksi remaja pada situasi krisis kesehatan sehingga program intervensi kesehatan reproduksi remaja yang akan dilakukan pada situasi krisis kesehatan dapat berjalan sesuai dengan kebutuhan dan masalah yang ada di lapangan. PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja harus melibatkan lintas sektor terkait untuk memastikan bahwa tenaga kesehatan, remaja, anggota masyarakat dan para pelaku program kemanusiaan lainnya sadar akan hak-hak remaja terutama yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi. Semua upaya harus dilakukan untuk memastikan bahwa remaja memiliki akses terhadap informasi dan pelayanan kesehatan reproduksi remaja.

1.2. Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Bahan acuan atau rujukan untuk tenaga kesehatan dalam penyediaan PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR) pada situasi krisis kesehatan.

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Tersedianya informasi bagi tenaga kesehatan untuk penyediaan PPAM Kesehatan Reproduksi bagi remaja pada situasi krisis kesehatan
2. Tersedianya acuan bagi tenaga kesehatan terkait penyediaan PPAM KRR pada situasi krisis kesehatan
3. Tersedianya informasi bagi tenaga kesehatan dalam melibatkan remaja di penyediaan PPAM KRR pada situasi krisis kesehatan
4. Tersedianya instrumen pengumpulan data dan petunjuk pengisian instrumen kesehatan reproduksi remaja pada situasi krisis kesehatan

1.3. Sasaran

1. Tenaga kesehatan di Puskesmas, Rumah Sakit, fasilitas pelayanan kesehatan lainnya termasuk pos kesehatan di tempat pengungsian/lapangan
2. Penanggung Jawab Program Kesehatan Reproduksi/Kesehatan Ibu dan Anak Tingkat Pusat dan Daerah / Seksi Pelayanan Kesehatan / Seksi Pelayanan Kesehatan Keahlian dan Gawat Darurat
3. Penanggung Jawab Penanggulangan Bencana/Krisis Kesehatan Tingkat Pusat dan Daerah
4. Lintas sektor: BNPB dan BPBD, Kementerian terkait, TNI dan POLRI, Institusi Pendidikan, Organisasi Profesi, Lembaga Swadaya Masyarakat, organisasi kemasyarakatan yang terlibat penanggulangan bencana.

1.4. Ruang Lingkup

Buku pedoman ini merupakan bahan acuan atau bahan rujukan untuk tenaga kesehatan dalam pelaksanaan PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja usia 10-18 tahun pada situasi krisis kesehatan, namun tidak menutup kemungkinan dapat dipakai pada kelompok usia remaja 19-24 tahun. Buku pedoman ini juga menyediakan informasi bagi tenaga kesehatan dalam melibatkan remaja disertai dengan menyediakan instrumen pengumpulan

data dalam upaya penyediaan PPAM KRR pada situasi krisis kesehatan yang harus dilaksanakan segera pada tanggap darurat krisis kesehatan untuk menjamin terpenuhinya pelayanan kesehatan reproduksi remaja.

1.5. Dasar Hukum

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 39 tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia (HAM) di Indonesia
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2007 tentang Pemberantasan Tindak Pidana Perdagangan Orang
3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana (Lembaran Negara Tahun 2007 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4723)
4. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063)
5. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial
6. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 2012 tentang Penanganan Konflik Sosial
7. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa
8. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 35 tahun 2014 tentang Perubahan atas UU. No. 23 tahun 2002 tentang Perlindungan Anak
9. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas
10. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2008 tentang Penyelenggaraan Penanggulangan Bencana
11. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi
12. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2015 tentang Penanganan Konflik Sosial
13. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 64 Tahun 2013 tentang Penanggulangan Krisis Kesehatan
14. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2014 tentang Upaya Kesehatan Anak tertuang dalam Bagian Kelima tentang Pelayanan Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja
15. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 97 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, serta Pelayanan Kesehatan Seksual.
16. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 066/MENKES/SK/II/2006 tentang Pedoman Manajemen Sumber Daya Manusia Kesehatan Dalam Penanggulangan Bencana
17. Surat Edaran Menteri Kesehatan Nomor : HK/MENKES/134/134/2014 tanggal 11 Maret 2014 tentang kerjasama Kementerian Kesehatan dengan BNPB dalam penanggulangan krisis kesehatan dalam situasi bencana

BAB II

KONSEP DASAR



BAB II KONSEP DASAR

2.1. Konsep Dasar Bencana dan Krisis Kesehatan

Bencana adalah peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam dan mengganggu kehidupan dan penghidupan masyarakat, baik disebabkan oleh faktor alam dan/atau faktor non-alam termasuk di dalamnya faktor manusia, sehingga mengakibatkan timbulnya korban jiwa manusia, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda, dan dampak psikologis.¹¹ Penetapan penentuan masa tanggap darurat ditetapkan oleh pemerintah berdasarkan rekomendasi dari Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) maupun Badan Penanggulangan Bencana Daerah (BPBD). Dalam program penanggulangan bencana, terdapat tiga tahapan penyelenggaraan penanggulangan bencana yaitu:

SIKLUS PENANGGULANGAN BENCANA



Gambar 2.1 Siklus Penanggulangan Bencana
Sumber: BPPD Kabupaten Ciamis, Tahun 2016¹²

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

¹¹ Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2007 Tentang Penanggulangan Bencana

¹² BPBD Kabupaten Ciamis, <http://bpbdciamiskab.go.id/?p=269>

1. Pra Krisis Kesehatan

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

2. Tanggap Darurat Krisis Kesehatan

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

3. Pasca Krisis Kesehatan, ditujukan untuk memperbaiki, memulihkan, dan/atau membangun kembali prasarana dan fasilitas pelayanan kesehatan.

2.2. Konsep Dasar PPAM Kesehatan Reproduksi dan Kesehatan Reproduksi Remaja pada Situasi Krisis Kesehatan

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

PPAM untuk Kesehatan Reproduksi adalah serangkaian kegiatan prioritas kesehatan reproduksi, yang harus dilaksanakan segera pada tahap awal bencana/saat tanggap darurat krisis kesehatan, yang menitikberatkan pada pencegahan kematian, kesakitan dan kecacatan pada populasi yang terkena dampak bencana.¹³ PPAM berisi panduan pelayanan kesehatan reproduksi terkoordinasi selama tahap paling awal situasi darurat (bencana alam atau non alam), dan memberikan panduan perencanaan pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif saat situasi sudah stabil. Pelaksanaan PPAM telah masuk di dalam Buku Pegangan tentang standar pelayanan kesehatan dalam tanggap darurat bencana (Sphere, 2011).¹⁴

¹³ Ibid

¹⁴ Sphere Handbook, 2004, hal 288.

PPAM memiliki lima tujuan:

1. Mengidentifikasi Koordinator PPAM Kesehatan Reproduksi
2. Mencegah dan Menangani Kekerasan Seksual
3. Mengurangi Penularan HIV
4. Mencegah Meningkatnya Kesakitan dan Kematian Maternal dan Neonatal
5. Merencanakan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Komprehensif dan Terintegrasikan ke dalam Pelayanan Kesehatan Dasar ketika situasi stabil

Selain 5 tujuan diatas, ada kegiatan prioritas tambahan yaitu:

1. Melanjutkan Program Keluarga Berencana/Kontrasepsi
2. Melibatkan Remaja dalam Semua Program Kesehatan Reproduksi dalam Situasi Krisis Kesehatan
3. Memastikan Ketersediaan Logistik Kesehatan Reproduksi

Masalah kesehatan reproduksi di situasi krisis kesehatan sering terabaikan. Untuk itu, Kementerian Kesehatan menerapkan PPAM Kesehatan Reproduksi. Dalam menyediakan layanan kesehatan reproduksi yang komprehensif dan berkualitas, dibutuhkan pendekatan multisektoral yang terpadu. Untuk itu, dalam penanggulangan bencana digunakan sistem klaster yang bertujuan sebagai wadah koordinasi untuk menyatukan semua pihak terkait baik pemerintah maupun non pemerintah yang bergerak dalam penanggulangan bencana. Di Indonesia terdapat 8 sistem klaster. Salah satu di antaranya adalah klaster kesehatan, yang merupakan tanggung jawab Kementerian Kesehatan. Koordinatornya adalah Pusat Krisis Kesehatan (PKK). Klaster kesehatan ini terdiri dari 8 sub klaster:

- a. Sub Klaster Layanan Kesehatan
- b. Sub Klaster Logistik Kesehatan
- c. Sub Klaster Kesehatan Jiwa
- d. Sub Klaster Kesehatan Reproduksi (Penyelenggara PPAM Kesehatan Reproduksi)**
- e. Sub Klaster Penyehatan Lingkungan, Air dan Sanitasi
- f. Sub Klaster Pencegahan Penyakit
- g. Sub Klaster Gizi
- h. Sub Klaster DVI (*Disaster Victim Identification*) atau Identifikasi Korban Bencana

PPAM Kesehatan Reproduksi harus diselenggarakan sesegera mungkin pada awal bencana yaitu pada tanggap darurat krisis kesehatan untuk mencegah dampak lanjut krisis kesehatan. Sedangkan pada tahap pra krisis kesehatan dan pasca krisis kesehatan, pelayanan Kesehatan Reproduksi dilaksanakan melalui pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif pada situasi normal. (Lihat Buku Pedoman PPAM Kesehatan Reproduksi).

Pada situasi krisis kesehatan, remaja rentan mengalami kekerasan, kemiskinan, terpisah dari keluarga, kekerasan seksual, eksploitasi serta risiko lainnya yang dapat berpengaruh kepada kesehatan reproduksi remaja. Namun disisi lain, tidak sedikit remaja yang mudah beradaptasi, penuh ide dan energik. Dalam situasi krisis kesehatan, remaja dapat mendukung satu sama lain melalui berbagai kegiatan seperti konseling, pendidikan dan pembinaan konselor

sebaya serta berperan aktif dalam kegiatan komunitas, seperti menjadi relawan untuk membantu penyedia layanan kesehatan, memberikan perawatan kepada yang lebih membutuhkan dan memperluas akses terhadap layanan kesehatan reproduksi untuk teman sebaya di lingkungan sekitarnya.

Penerapan PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja dalam situasi krisis kesehatan menjadi penting untuk:

- i. Memastikan penyediaan layanan kesehatan reproduksi yang ramah remaja dan menciptakan suatu lingkungan dimana remaja dapat berkembang dan bertahan untuk hidup meski banyak tantangan yang akan dihadapi.
- ii. Melakukan penilaian kebutuhan remaja hingga pemberian layanan yang sesuai.
- iii. Melibatkan remaja dalam mengimplementasikan PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja.

Kegiatan di atas dapat mengurangi risiko yang dihadapi remaja dalam situasi bencana, dengan tetap memprioritaskan kepada beberapa kelompok yang rentan dalam situasi krisis kesehatan seperti remaja umur 10-14 tahun, remaja perempuan, remaja yang sudah menjadi ibu atau menikah muda, anak yatim piatu, remaja dengan ODHA, remaja korban/penyintas kekerasan seksual, remaja penyandang disabilitas dan remaja yang termasuk kelompok yang terpinggirkan lainnya.

Pelaksanaan PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja pada prinsipnya sama saja dengan PPAM Kesehatan Reproduksi. Adapun gambaran perbedaan PPAM Kesehatan Reproduksi dan PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja adalah sebagai berikut:

Tabel 2.1
Perbedaan PPAM Kesehatan Reproduksi dan PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja

| | PPAM Kesehatan Reproduksi | PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja |
|--------------------------------|--|---|
| Sasaran program | Penduduk yang terkena dampak dengan fokus utama pada wanita usia subur usia 15-49 tahun | Remaja usia 10 – 18 tahun Kaum muda usia 10-24 tahun |
| Komponen | Komponen ke 5: Merencanakan pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif dan terintegrasi ke dalam pelayanan kesehatan dasar ketika situasi stabil | Komponen ke 5: Penyediaan pelayanan kesehatan jiwa dan dukungan psikososial remaja |
| Pendekatan | Intervensi Kesehatan Reproduksi secara umum | Intervensi Kesehatan Reproduksi Remaja melalui Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja/PKPR |
| Alat bantu penilaian kebutuhan | Tahap tanggap darurat krisis kesehatan: - Menggunakan formulir penilaian kebutuhan PPAM | Tanggap darurat krisis kesehatan: - Menggunakan formulir penilaian kebutuhan Kesehatan Reproduksi Remaja - Instrument berbasis fasilitas (penilaian HEEADSSS/ Home, Education, Eating, Activities, Drugs, Sexuality, Safety and Suicide |

Berdasarkan tabel tersebut, tergambar bahwa ada beberapa perbedaan antara PPAM Kesehatan Reproduksi dan PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja bila dilihat dari segi sasaran, komponen intervensi, pendekatan yang dipakai serta alat bantu penilaian kebutuhan. Komponen ke-5 dari PPAM remaja adalah penyediaan pelayanan kesehatan jiwa dan dukungan psikososial remaja yang pada dasarnya tidak lepas dari tujuan ke-5 dari PPAM yaitu “merencanakan pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif dan terintegrasi kedalam pelayanan kesehatan dasar ketika situasi sudah stabil”. Dalam melaksanakan PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja dilakukan dibawah koordinasi dari sub kluster kesehatan reproduksi.

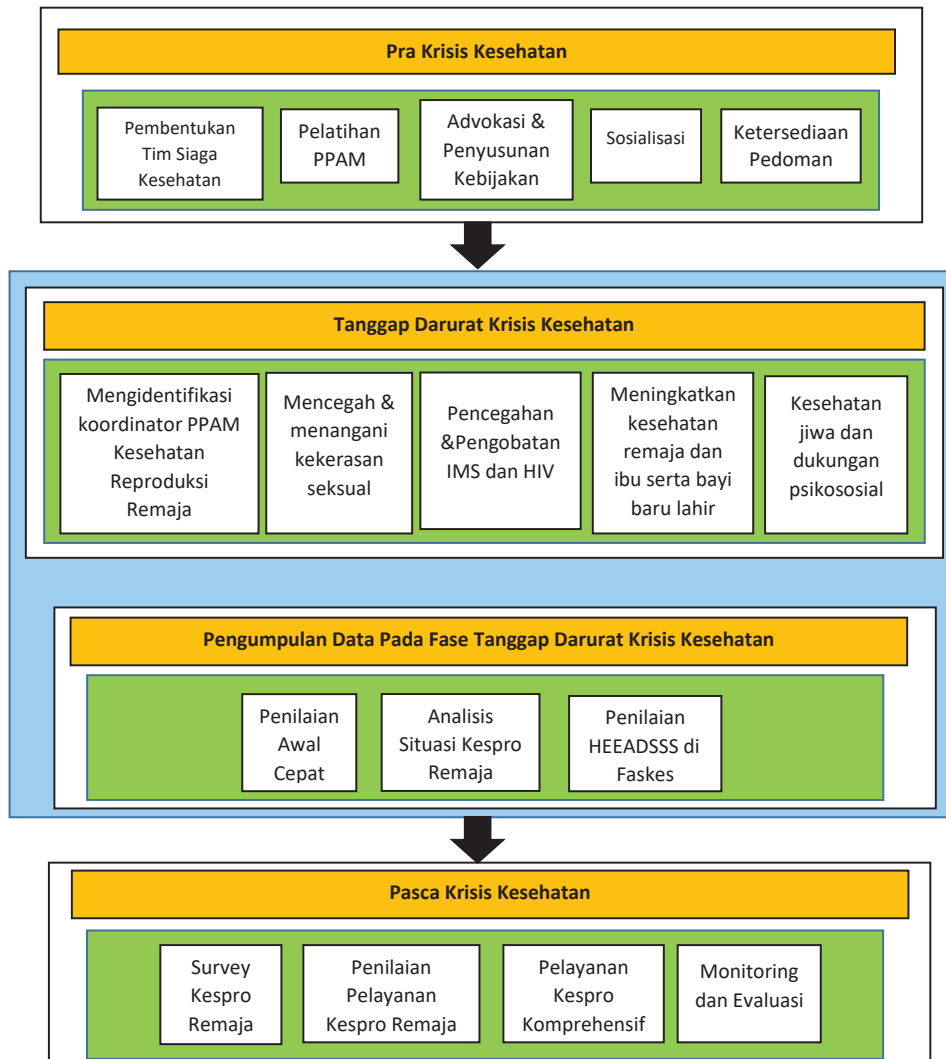
BAB III

PPAM KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA



BAB III PPAM KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA

Pelaksanaan PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja terdiri dari lima tujuan utama yang harus dilaksanakan segera pada fase tanggap darurat krisis kesehatan. Untuk melaksanakan PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja dilakukan melalui tahapan berikut:



Gambar 2.1 Alur Pelaksanaan PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja

Adapun penjabaran kelima tujuan PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja yang dilakukan pada fase tanggap darurat krisis kesehatan adalah sebagai berikut:

3.1. Pra Krisis Kesehatan

3.1.1. Pembentukan Tim Kesehatan Reproduksi Remaja

Pembentukan tim siaga kesehatan reproduksi remaja merupakan bagian dari tim siaga kesehatan reproduksi yang bertanggung jawab kepada koordinator sub kluster kesehatan reproduksi. Sedangkan tim kesehatan reproduksi ini berada dibawah tim penanggulangan bencana bidang kesehatan dan bertanggung jawab kepada koordinator tim di setiap jenjang administrasi.

Tim siaga kesehatan reproduksi remaja dibentuk di setiap provinsi dan kabupaten pada situasi pra krisis kesehatan, untuk menyusun dan melaksanakan rencana kesiapsiagaan, serta melaksanakan komponen PPAM kesehatan reproduksi remaja pada saat bencana, dengan melibatkan remaja dan lintas sektor terkait yang berfokus pada pelaksanaan tujuan PPAM kesehatan reproduksi remaja. Dalam proses pembentukan ini, perlu ditentukan mekanisme koordinasi hingga pembagian tanggung jawab dalam melaksanakan PPAM kesehatan reproduksi. Selain itu juga perlu memetakan lintas sektor terkait yang berfokus pada kesehatan reproduksi remaja, pelayanan kesehatan reproduksi remaja, hingga organisasi atau perwakilan remaja.

3.1.2. Pelatihan PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja

Pelatihan PPAM kesehatan reproduksi remaja dilakukan pada situasi pra krisis kesehatan, pelatihan ini ditujukan untuk meningkatkan kapasitas tim siaga kesehatan reproduksi remaja dalam pelaksanaan PPAM kesehatan reproduksi remaja. Pada pelatihan ini ditekankan bagaimana cara menggunakan instrumen untuk melakukan analisis situasi kebutuhan remaja pada situasi krisis kesehatan, mengidentifikasi kelompok remaja yang rentan pada situasi krisis kesehatan, dan melatih bagaimana merespon secara cepat kebutuhan kesehatan reproduksi remaja,serta bagaimana melakukan kerjasama dengan remaja. Pelatihan ini juga dapat dilakukan dengan menambahkan topik tentang PPAM kesehatan reproduksi remaja ke dalam pelatihan PPAM kesehatan reproduksi yang sudah ada. Dalam mempersiapkan remaja menghadapi bencana, remaja untuk dilibatkan dalam penguatan kapasitas. Buku Saku Keterlelibatan Remaja Dalam Situasi Krisis Kesehatan untuk disensitisasikan pada tahap pra krisis kesehatan.

3.1.3. Advokasi, Penyusunan Kebijakan, Sosialisasi dan Penyusunan Pedoman

Advokasi dan penyusunan kebijakan yang dilakukan pada situasi pra krisis kesehatan bertujuan untuk memastikan agar kebutuhan kesehatan reproduksi remaja pada situasi krisis kesehatan dapat terpenuhi. Adapun contoh advokasi dan penyusunan kebijakan yang ada di tingkat provinsi adalah sebagai berikut:

Daerah Istimewa Yogyakarta mengeluarkan Peraturan Gubernur No. 108 tahun 2015 tentang Standar Operasional Prosedur Penanganan Masalah Kesehatan Reproduksi Bencana. Peraturan Gubernur ini merupakan tindak lanjut dari pelatihan PPAM Kesehatan Reproduksi pada tahun 2010 dan di uji cobakan saat erupsi gunung merapi.

Selain upaya advokasi dan penyusunan kebijakan, diperlukan juga sosialisasi yang terus menerus baik saat situasi pra krisis kesehatan, tanggap darurat krisis kesehatan ataupun pasca krisis kesehatan. Penyediaan pedoman yang memadai di lapangan juga diperlukan sebagai acuan yang komprehensif bagi petugas kesehatan tentang pelaksanaan PPAM kesehatan reproduksi remaja.

3.2. Tanggap Darurat Krisis Kesehatan

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

3.2.1 Mengidentifikasi koordinator PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja

Pada tanggap darurat krisis kesehatan, harus ditetapkan seorang koordinator pelayanan kesehatan reproduksi remaja untuk mengkoordinir lintas program, lintas sektor, lembaga lokal dan internasional dalam pelaksanaan PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR). Tujuannya adalah untuk memastikan bahwa kesehatan reproduksi remaja menjadi prioritas pelayanan. Koordinasi kesehatan reproduksi remaja dapat dilakukan oleh penanggung jawab kesehatan reproduksi remaja yang telah ditunjuk oleh koordinator kesehatan reproduksi, yang terlibat sejak situasi tanggap darurat krisis kesehatan hingga pasca krisis kesehatan, dan menyediakan dukungan teknis dan operasional untuk mitra terkait. Hal ini dilakukan untuk memastikan bahwa kesehatan reproduksi remaja menjadi prioritas dalam situasi krisis kesehatan. Apabila penanggung jawabnya adalah remaja, diharapkan memiliki latar belakang pendidik sebaya/konselor sebaya dan aktif dalam kegiatan remaja yang berfokus pada Kesehatan Reproduksi Remaja.

Dalam melaksanakan tugasnya, koordinator harus melakukan rapat koordinasi untuk mendukung dan menetapkan penanggung jawab di setiap komponen PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja (kekerasan berbasis gender, pengobatan IMS dan HIV, kesehatan remaja, ibu serta bayi baru lahir serta kesehatan jiwa dan dukungan psikososial), serta melaporkan isu-isu dan data terkait kesehatan reproduksi remaja pada pertemuan koordinasi. Selain itu koordinator harus mampu memastikan bahwa sumber daya dipergunakan secara efisien, pelayanan didistribusikan secara merata tanpa kesenjangan atau duplikasi, dan tersebarnya informasi di antara semua pelaksana yang terlibat. Pada dasarnya tugas koordinator PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja hampir sama dengan tugas koordinator PPAM pada umumnya, namun harus lebih mencakup kebutuhan kesehatan reproduksi pada remaja. Untuk lebih jelasnya seperti pada tabel berikut:

Tabel 3.1
Tugas Koordinator PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja

| Tugas | Kegiatan |
|--|--|
| Koordinasi, Komunikasi & Kerjasama: | <ul style="list-style-type: none"> a. Melakukan advokasi agar kesehatan reproduksi remaja diperhatikan selama pelaksanaan PPAM b. Bekerjasama dengan lintas sektor terkait, melakukan pemetaan kelompok remaja yang paling rentan dan memastikan mereka mampu untuk mengakses pelayanan kesehatan reproduksi c. Memberikan informasi pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja yang tersedia dan memberitahukan lokasi yang dapat diakses d. Melibatkan instansi pemerintah dalam kesehatan reproduksi remaja selama perencanaan pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif, untuk memastikan kepemimpinan dan rasa memiliki di tingkat nasional. e. Melakukan pendekatan kesehatan reproduksi multi-sektoral untuk memastikan bahwa kebutuhan remaja diidentifikasi dan ditangani f. Bekerja sama dengan pemangku kepentingan lainnya (Kementerian dan Lembaga lain) untuk memastikan bahwa kebutuhan kesehatan reproduksi remaja tertangani, tanpa duplikasi pelayanan g. Melanjutkan upaya untuk melibatkan instansi pemerintah dalam penanganan kesehatan reproduksi remaja. h. Melakukan advokasi dengan pimpinan kepolisian, militer atau aparat penegak hukum untuk membentuk dan menegakkan kebijakan terkait kekerasan berbasis gender i. Melakukan pertemuan rutin dengan lintas program/lintas sektor kesehatan reproduksi dan organisasi terkait untuk menyelenggarakan PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja sesegera mungkin j. Melaporkan kegiatan rutin untuk disampaikan kepada Koordinator PPAM Kesehatan Reproduksi dan kepada anggota maupun lembaga atau sektor lainnya |
| Mengidentifikasi, mengenal dan memahami: | Mengkaji dan memperbaharui protokol kesehatan reproduksi standar untuk memastikan terpenuhinya kebutuhan remaja |
| Mendapatkan informasi dasar demografi dan kesehatan: | <p>Mengidentifikasi informasi dasar terkait kebutuhan pelayanan kesehatan reproduksi remaja. Beberapa informasi dasar yang harus dikumpulkan meliputi:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Total populasi b. Data demografi remaja yang penting dan mengidentifikasi permasalahan utama yang ada dalam populasi sasaran yang perlu ditangani segera. c. Informasi tentang status <i>baseline</i>/data awal kebutuhan dan pelayanan kesehatan reproduksi remaja d. Informasi tentang pemanfaatan pelayanan kesehatan peduli remaja e. Memantau, menganalisis dan melaporkan setiap bulan tentang pelayanan kesehatan reproduksi remaja dengan menggunakan indikator standar |

Pengumpulan informasi dasar terkait dengan kebutuhan pelayanan kesehatan reproduksi remaja ini harus segera dilakukan di awal situasi tanggap darurat krisis kesehatan. Apabila pada situasi awal tanggap darurat krisis kesehatan data remaja sulit diperoleh, maka data tersebut dapat di estimasi secara statistik dari jumlah pengungsi. Dan bila baseline/data awal kebutuhan dan pelayanan kesehatan reproduksi remaja, serta informasi ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan peduli remaja tidak tersedia saat situasi tanggap awal tanggap darurat krisis kesehatan, maka penilaian kebutuhan kesehatan reproduksi remaja tetap harus dilaksanakan.

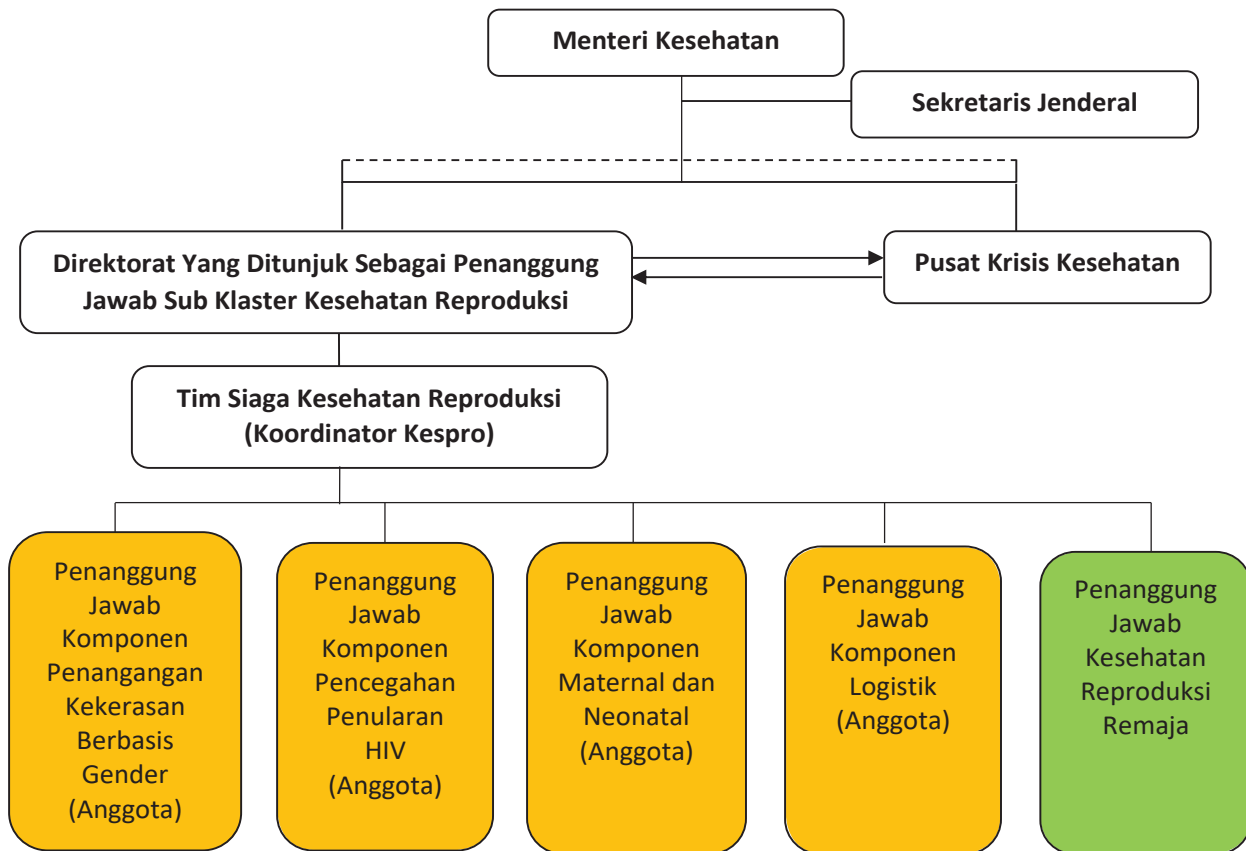
Intervensi kesehatan reproduksi remaja, termasuk pelaksanaan PPAM yang dilakukan oleh sub kluster kesehatan reproduksi harus dibahas dalam kluster kesehatan. Hal ini supaya terdapat koordinasi kegiatan antara LSM, badan PBB, dan pihak yang berwenang di tingkat nasional. Intervensi ini juga akan memastikan cakupan pelayanan tanpa duplikasi atau kesenjangan. Semua staf kesehatan reproduksi harus melakukan advokasi bahwa remaja tercakup dalam pelaksanaan PPAM kesehatan reproduksi.

Koordinator kesehatan reproduksi adalah ketua Penanggung jawab sub kluster kesehatan reproduksi yang berada di bawah tim penanggulangan bencana bidang kesehatan dan bertanggung jawab kepada koordinator tim penanggulangan krisis kesehatan di setiap jenjang administrasi. Penanggung jawab sub kluster kesehatan reproduksi dibentuk di setiap provinsi dan kabupaten pada situasi pra bencana untuk menyusun serta melaksanakan rencana kesiapsiagaan serta melaksanakan komponen PPAM Kesehatan Reproduksi pada saat bencana.

Mekanisme koordinasi penanggulangan krisis kesehatan dilaksanakan secara berjenjang dengan Menteri Kesehatan sebagai penanggung jawab program penanggulangan krisis kesehatan melalui PKK dengan prinsip dasar dijelaskan pada Buku Pedoman PPAM Kesehatan Reproduksi (Halaman 27). Adapun struktur dan mekanisme koordinasi kesehatan reproduksi pada penanggulangan krisis kesehatan, tergambar pada bagan berikut:¹⁵

¹⁵ Modifikasi Buku Pedoman PPAM Kesehatan Reproduksi Pada Krisis Kesehatan. Kemenkes, 2015.

Struktur dan Mekanisme Koordinasi Kesehatan Reproduksi pada Penanggulangan Krisis Kesehatan



Pembentukan tim kesehatan reproduksi remaja dapat dilakukan dengan cara mengidentifikasi lembaga/organisasi yang aktif dalam isu kesehatan reproduksi dalam situasi umum maupun dalam situasi krisis kesehatan, atau lembaga/organisasi yang aktif dalam situasi krisis kesehatan. Agar dalam pelaksanaannya kegiatan dapat berjalan dengan baik, maka saat pembentukan tim kesehatan reproduksi remaja harus melibatkan berbagai sektor terkait, seperti Kementerian Sosial, Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, TNI/POLRI, dan organisasi kemasyarakatan terkait khususnya lembaga/organisasi atau komunitas remaja seperti Pramuka dengan Saka Bhakti Husada, PMR, Tagana, Kader Kesehatan Remaja/ Konselor Sebaya, Pendidik Sebaya, dan komunitas lainnya.

Pembentukan tim kesehatan reproduksi remaja dilakukan pada tahap pra krisis kesehatan, sehingga tim kesehatan reproduksi telah mendapatkan pelatihan PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja, dan memiliki kemampuan untuk melakukan advokasi, sosialisasi, penyusunan kebijakan baik dalam tingkat nasional maupun daerah, sehingga pada saat situasi krisis kesehatan terjadi, tim kesehatan reproduksi remaja sudah siap dalam mengimplementasikan PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja.

3.2.2 Mencegah dan menangani kekerasan seksual

Pada situasi normal, kasus kekerasan terhadap anak setiap tahun terus meningkat. Data Komisi Perlindungan Anak Indonesia (KPAI) dalam tiga tahun terakhir menunjukkan pada tahun 2012 terdapat 1.383 kasus, tahun 2013 tercatat 2.792 kasus dan per-April 2014 jumlah pengaduan telah mencapai jumlah 3.023 kasus. Jenis kekerasan seksual merupakan salah satu jenis kekerasan yang paling banyak terjadi pada anak-anak. Data Komisi Perlindungan Anak Indonesia (KPAI) mencatat kekerasan seksual terhadap anak dari 2012 sampai 2013 meningkat sebesar 30 persen dan selama tiga tahun terakhir, rata-rata lebih dari 45 anak mengalami kekerasan seksual setiap bulannya. Jenis kekerasan seksual yang dialami anak yang paling banyak terjadi dalam bentuk sodomi, pemerkosaan, pencabulan, serta *incest* (hubungan darah).

Saat ini menurut data yang dikumpulkan oleh Pusat Data dan Informasi Komisi Perlindungan Anak Nasional dari tahun 2010 hingga tahun 2014 tercatat sebanyak 21.869.797 kasus pelanggaran hak anak, yang tersebar di 34 provinsi, dan 179 kabupaten dan kota. Sebesar 42-58% dari pelanggaran hak anak itu, merupakan kejahatan seksual terhadap anak, selebihnya adalah kasus kekerasan fisik, dan penelantaran anak.

Selama situasi krisis kesehatan, remaja dihadapkan pada masalah seperti terpisah dari keluarga atau masyarakat yang menjadi pelindungnya, sehingga mereka akan berisiko mengalami kekerasan seksual. Walaupun belum terdapat data statistik terkait insiden kekerasan seksual pada remaja dalam situasi krisis, insiden kekerasan seksual, termasuk pemerkosaan, pelecehan dan eksploitasi seksual termasuk trafiking cenderung meningkat.

Remaja perempuan, terutama jika tidak mempunyai orang tua/wali atau yang bertanggung jawab melindunginya, mereka cenderung bertindak menjadi orang tua dan menghidupi adik-adiknya, remaja juga menghadapi risiko pemerkosaan, penyalahgunaan dan eksploitasi seksual karena ketergantungannya pada orang lain untuk bertahan hidup dan dipaksa melakukan pernikahan dini karena kekuatannya terbatas dalam hal pengambilan keputusan, serta kemampuannya yang terbatas untuk melindungi diri sendiri.¹⁶ Meskipun mayoritas penyintas kekerasan berbasis gender adalah perempuan dan anak perempuan, laki-laki dan anak laki-laki juga dapat mengalami kekerasan seksual. Selain itu, remaja yang membutuhkan perlindungan khusus seperti penyandang disabilitas, migran, juga berisiko mengalami penyalahgunaan dan eksploitasi seksual.

¹⁶ IASC. *Guidelines for Gender-Based Violence Interventions in Emergency Settings*, 2005. hal 4.

Dalam situasi bencana, dilaporkan terdapat beberapa kasus kekerasan berbasis gender di Indonesia. Selama konflik di Aceh 1989-1998 tercatat sebanyak 20 kasus pemerkosaan dan kekerasan seksual oleh oknum militer, petugas keamanan dan masyarakat umum.¹⁷ Selain itu terdapat 3 kasus perkosaan di pengungsian pasca gempa di Padang tahun 2009,¹⁸ kemudian juga terdapat 4 kasus kekerasan seksual pengungsian Aceh pasca tsunami, 97 kasus kekerasan berbasis gender di laporkan oleh 10 *Community Support Center* (CSC) selama program respon tsunami, 80% diantara kekerasan dalam rumah tangga (KDRT).¹⁹

Komnas perempuan mencatat dalam situasi konflik di seluruh Indonesia tahun 1965-2009 telah terjadi kekerasan terhadap perempuan, meliputi kekerasan seksual sebanyak 1511 kasus dan kekerasan non seksual sebanyak 302.642 kasus. Data kasus pada remaja secara spesifik pada situasi bencana saat ini masih belum banyak dilaporkan. Namun dari gambaran kasus tersebut, tergambar bahwa kelompok remaja berisiko terhadap kekerasan berbasis gender khususnya kekerasan seksual yang dapat berdampak pada IMS dan HIV/AIDS.²⁰

Seringkali penyintas remaja yang mengalami tindak kekerasan seksual berisiko mengalami cedera fisik, IMS termasuk HIV, kehamilan yang tidak diinginkan dan aborsi tidak aman. Selain luka fisik, penyintas berusia muda yang mengalami tindak kekerasan seksual mungkin menderita masalah psikologis yang berat. Kadang korban disalahkan atas kekerasan yang dialaminya dan kemungkinan akan mengalami stigmatisasi sosial, dianggap tidak layak/tidak pantas menikah, dan ditolak oleh keluarganya sendiri.

Untuk menghindari agar kekerasan seksual tidak terjadi di situasi krisis kesehatan/ bencana maka harus dilakukan koordinasi dengan BNPB/BPBD dan Dinas Sosial yaitu untuk menempatkan kelompok rentan di pengungsian dan memastikan satu keluarga berada dalam tenda yang sama.

Kerentanan remaja diantaranya:

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

¹⁷ Laporan Komnas Perempuan, 2002

¹⁸ Laporan Program Pencegahan dan Respon GBV Pasca Gempa Padang, UNFPA Indonesia

¹⁹ Final Project Report, UNFPA Indonesia 2005-2006

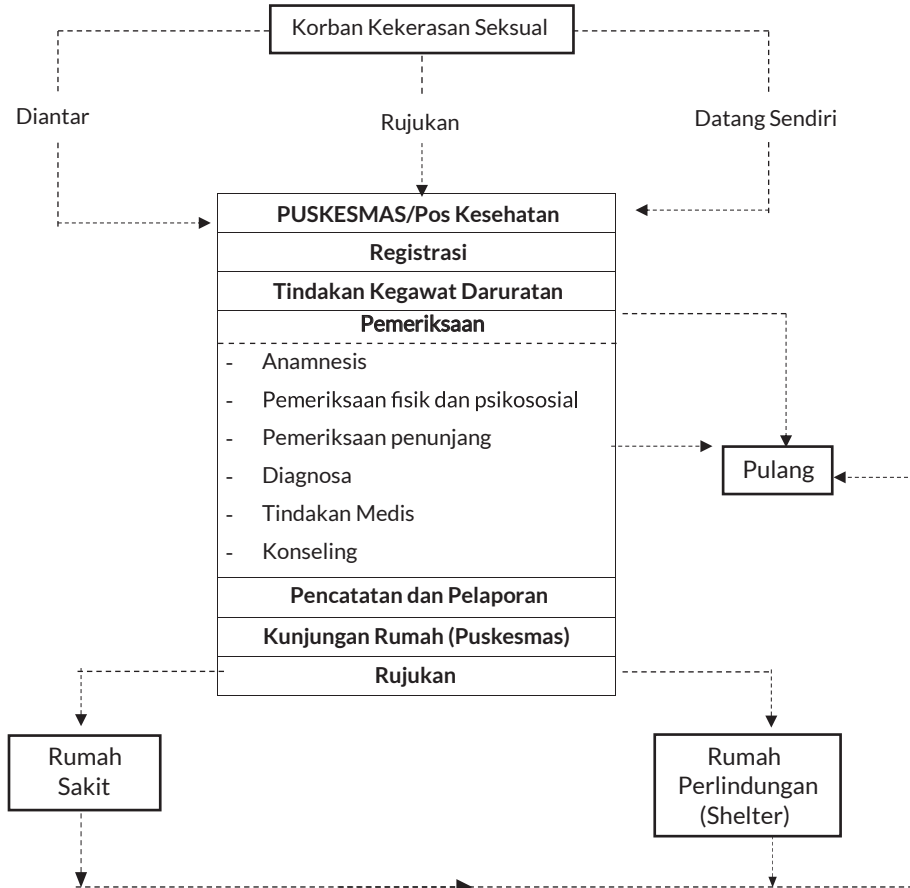
²⁰ Laporan Komnas Perempuan, 2009

6. Menginformasikan adanya pelayanan bagi penyintas perkosaan dengan nomor telepon yang bisa dihubungi 24 jam. Informasi dapat diberikan melalui leaflet, selebaran, radio, dan lain-lain.
7. Memastikan adanya petugas kompeten untuk penanganan kasus kekerasan seksual khususnya untuk remaja, dan melibatkan tokoh remaja/kader sebagai motivator untuk memberikan semangat dan penghubung antara penyintas kekerasan seksual berusia muda dengan pelayanan kesehatan
8. Memastikan tersedianya pelayanan medis penanganan kesehatan jiwa dan dukungan psikososial di organisasi/lembaga yang terlibat dalam respon bencana bagi penyintas kekerasan, serta memastikan adanya mekanisme rujukan, perlindungan sosial dan hukum yang terkoordinasi dengan baik
9. Mendorong partisipasi dan kesadaran remaja serta masyarakat tentang masalah kekerasan seksual, strategi pencegahan, dan pelayanan yang tersedia untuk penyintas

Hal-hal yang perlu diperhatikan oleh koordinator kesehatan reproduksi remaja dalam pelayanan klinis untuk penyintas kekerasan seksual terdapat dalam Buku Pedoman PPAM Kesehatan Reproduksi Pada Situasi Krisis Kesehatan. Sedangkan, penyelenggaraan rujukan dalam penanganan kasus kekerasan merupakan proses kerjasama semua unsur terkait.

Korban kekerasan khususnya kekerasan seksual bisa datang sendiri, diantar oleh orang tua atau keluarga atau Polisi/LSM terkait, setelah dilakukan registrasi, selanjutnya korban diberikan penanganan kegawatdaruratannya. Apabila korban tidak memungkinkan untuk ditangani di puskesmas maka segera dirujuk ke Rumah Sakit. Jika penanganan korban bisa dilakukan di puskesmas maka langkah yang dilakukan adalah dimulai dengan anamnesis, pemeriksaan fisik dan psikososial. Apabila diperlukan dapat dilakukan pemeriksaan penunjang, untuk menegakkan diagnosis, dan sebaiknya dilanjutkan dengan konseling. Jika penyintas kekerasan seksual telah membaik dan tidak butuh tindakan rawat inap, maka ia dapat pulang. Kunjungan rumah dapat dilakukan bila diperlukan. Sedangkan bagi penyintas yang memerlukan dukungan psikososial seperti perlindungan keamanan dapat dirujuk ke rumah perlindungan/aman (*Shelter*).

Penanganan kasus kekerasan seksual pada situasi krisis kesehatan memerlukan dukungan dari berbagai pihak, sebagai contoh Kementerian Sosial dapat memberikan dukungan seperti penyediaan rumah perlindungan/aman/shelter / pos khusus untuk penyintas kekerasan seksual. Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, dan lembaga atau organisasi terkait lainnya juga dapat mendukung upaya pencegahan kekerasan seksual dan rujukan bagi penyintas kekerasan seksual. Selain itu, pusat pelayanan terpadu juga dapat dikembangkan untuk penanganan kekerasan seksual pada remaja sehingga memudahkan pemberian pelayanan bagi penyintas kekerasan seksual pada remaja. Penanganan alur rujukan tergambar dalam alur berikut:



Gambar 3.1 Alur Rujukan Kekerasan Seksual

Sumber: Pedoman Rujukan Kasus Kekerasan Terhadap Anak Bagi Petugas Kesehatan, Kemenkes, UNICEF, 2005

3.2.3 Pencegahan serta pengobatan IMS dan HIV

Sejak pertama kali ditemukan tahun 1987 sampai dengan Desember 2017, HIV AIDS telah dilaporkan oleh 421 (81.9%) dari 514 kabupaten/kota di seluruh provinsi di Indonesia.²¹ Jumlah kumulatif infeksi HIV yang dilaporkan sampai dengan Maret 2018 sebanyak 291.129. Jumlah Infeksi HIV tertinggi yaitu DKI Jakarta (53.530), diikuti Jawa Timur (41.763), Jawa Barat (30.264), Papua (29.710), dan Jawa Tengah (23.508).

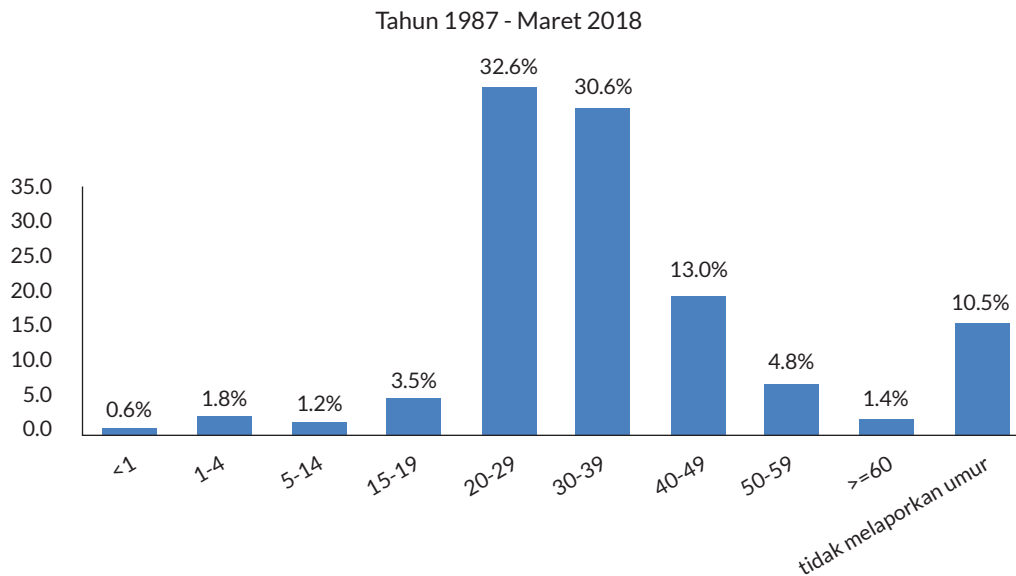
Jumlah kumulatif AIDS dari tahun 1987 sampai dengan Maret 2018 sebanyak 106.965 orang. Presentase kumulatif AIDS tertinggi pada kelompok umur 20-29 tahun (32,6%), kemudian diikuti kelompok umur 30-39

²¹ Laporan Triwulan I Kemenkes, Tahun 2018

tahun (30,6%), 40-49 tahun (13,0%), 50-59 tahun (4,8%) dan 15-19 tahun (3,5%). Jika dilihat dari jenis kelamin, presentase AIDS terbanyak terjadi pada laki-laki sebanyak 57% dan perempuan 34%, sementara itu 9% tidak melaporkan jenis kelamin.

Faktor risiko penularan terbanyak melalui hubungan seksual berisiko heteroseksual (70,3%), penggunaan alat suntik tidak steril (8,8%), diikuti homoseksual (5,7%), dan penularan melalui perinatal (2,9%).

Grafik 3. Presentase Kumulatif AIDS Menurut Kelompok Umur



Sumber : Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, Kementerian Kesehatan RI, 2018.

Dalam situasi krisis kesehatan, risiko penularan IMS dan HIV di kalangan remaja semakin meningkat. Remaja merupakan kelompok rentan yang memiliki faktor risiko yang sama untuk tertular IMS dan HIV. Saat situasi bencana, banyak kondisi yang menyebabkan remaja berisiko tertular IMS dan HIV seperti remaja dengan perilaku berisiko (remaja pekerja seks, penasun, perilaku homoseksual dll), menjadi penyintas perkosaan, perdagangan manusia (*human trafficking*) dan eksploitasi seksual lainnya. Saat ini belum terdapat data statistik terkait dengan peningkatan risiko IMS dan HIV pada situasi krisis kesehatan.

Pada situasi tanggap darurat krisis kesehatan, sejak permulaan respon bencana dilakukan, koordinator kesehatan reproduksi remaja harus bekerja sama dengan organisasi/lembaga yang menangani kesehatan khususnya yang bergerak di bidang IMS dan HIV/AIDS untuk mengurangi penularan HIV. Adapun tugas yang harus dilakukan

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

1. Pendataan dan pemetaan remaja, kelompok remaja yang memiliki perilaku berisiko (termasuk didalamnya kelompok populasi kunci), menginformasikan ketersediaan layanan serta mengajak remaja untuk mengikuti tes HIV, TB dan IMS di layanan kesehatan.
2. Memastikan ketersediaan fasilitas, perlengkapan dan petugas dengan kompetensi transfusi darah, dan memastikan kegiatan tranfusi darah aman dilakukan oleh lembaga/organisasi yang bergerak dibidangnya, misalnya : Palang Merah Indonesia.
3. Menekankan pentingnya penerapan kewaspadaan standar pengurangan risiko penularan HIV/AIDS sejak awal pelaksanaan.
4. Memastikan ketersediaan pelayanan kesehatan ramah remaja pada kelompok remaja yang berisiko tinggi. Berkoordinasi dengan organisasi dan lembaga yang bekerja di bidang keluarga berencana seperti Kementerian Kesehatan, BKKBN, LSM, lainnya.
5. Memastikan adanya kelangsungan pengobatan bagi pasien ODHA yang telah masuk program ARV, termasuk perempuan yang terdaftar dalam program PPIA (Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak). Memasang informasi nomor telepon yang bisa dihubungi 24 jam untuk kelanjutan pengobatan ARV.

Standar kewaspadaan terkait dengan pengurangan risiko penularan HIV/AIDS terdapat dalam Buku Pedoman PPAM Kesehatan Reproduksi (Hal. 43-47). Memastikan pengurangan risiko penularan HIV/AIDS dilakukan sejak awal tahap tanggap darurat krisis kesehatan dapat melibatkan remaja yang aktif dalam organisasi kepemudaan atau LSM yang bergerak di isu kesehatan reproduksi remaja atau melibatkan konselor sebaya dan pendidik sebaya yang memahami prinsip pengurangan risiko penularan HIV/AIDS.

3.2.4 Mencegah meningkatnya kesakitan dan kematian remaja, ibu serta bayi baru lahir

Berdasarkan data Riskesdas tahun 2013, pada situasi normal, terdapat 1,97% remaja usia 15-19 tahun yang telah hamil di usia muda. Remaja yang hamil dibawah usia 15 tahun yaitu sebanyak 0,02% dengan proporsi terbesar berada di wilayah perdesaan. Kehamilan diusia muda meningkatkan risiko komplikasi kehamilan dan persalinan yang dapat meningkatkan risiko kematian ibu dan bayi. Data SDKI tahun 2012, juga melaporkan bahwa terdapat 10% remaja umur kurang dari 18 tahun sudah pernah melahirkan bahkan 13% pada kelompok umur yang sama sudah pernah melahirkan dan sedang hamil anak pertama.

Selama situasi darurat, ada keadaan dimana remaja perempuan rentan terhadap kehamilan dini, mengalami pemerkosaan, penyalahgunaan dan eksploitasi seksual. Hal ini terutama berlaku dalam konteks darurat ketika keluarga dan sistem dukungan sosial terganggu dan pelayanan kesehatan mungkin tidak dapat diakses seperti ketika situasi normal. Selain itu juga ada remaja yang sudah aktif secara seksual tetapi tidak memiliki akses terhadap informasi tentang kesehatan reproduksi atau pelayanan KB, dan mungkin saja mereka akan melakukan hubungan seksual tanpa alat pelindung dari kehamilan. Hal ini menciptakan keadaan dimana perempuan muda

hamil berada dalam kelompok dan situasi berisiko tinggi. Remaja putri juga berisiko mengalami pemerkosaan, penyalahgunaan dan eksploitasi seksual.

Kehamilan merupakan penyebab utama kematian di antara perempuan berusia 15-19 tahun, paling sering karena akibat komplikasi persalinan dan aborsi tidak aman.²² Selain itu, data SDKI tahun 2012, menunjukkan enam dari sepuluh responden pria usia 15-24 tahun menyatakan bahwa mereka mempunyai pasangan yang pernah menggugurkan kandungannya (termasuk aborsi disengaja atau spontan) dan tiga dari sepuluh melanjutkan kehamilan mereka, termasuk mencoba menggugurkan kandungan namun gagal. Bila dibandingkan dengan Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia (SKRRI) tahun 2007, proporsi kehamilan yang tidak diinginkan berada di posisi yang sama.

Remaja berusia 15-19 tahun berisiko dua kali lebih tinggi untuk mengalami komplikasi selama kehamilan dan persalinan dan berujung pada kematian. Sementara itu, risiko kematian perempuan berusia remaja di bawah 15 tahun, meningkat lima kali lipat selama kehamilan dan persalinan dibandingkan dengan perempuan berusia 20 tahun atau lebih tua.²³ Remaja, khususnya anak perempuan di bawah 15 tahun memiliki organ reproduksi yang belum matang dan tulang panggul yang mungkin terlalu kecil untuk jalan lahir bayi. Kondisi seperti itu dapat menghalangi lahirnya bayi atau persalinan macet, sehingga dimungkinkan akan terjadi kegawatdaruratan medis yang membutuhkan operasi sesar darurat. Keterlambatan dalam mengakses pelayanan kegawatdaruratan kebidanan bagi persalinan macet dan perdarahan dapat menyebabkan kematian ibu beserta bayinya.

Ibu berusia remaja juga lebih berisiko untuk mengalami keguguran spontan, kelahiran prematur dan bayi lahir mati dibandingkan ibu yang berusia lebih tua. Bayi dari ibu remaja, 50% lebih mungkin meninggal selama tahun pertama kehidupan daripada yang lahir dari ibu berusia dua puluhan.²⁴ Berbagai permasalahan sosial juga menempatkan ibu usia remaja yang hamil ke dalam kategori risiko tinggi diantaranya terpaksa berhenti sekolah atau perempuan hamil yang belum menikah sering dijauhi oleh keluarga atau masyarakat, sehingga menyembunyikan kehamilannya atau mencoba mengakhiri kehamilan dengan cara yang tidak aman. Tanpa keluarga atau jaring pengaman sosial dan dihadapkan pada beban ekonomi untuk menghidupi anaknya, para ibu muda menjadi rentan terhadap eksploitasi seksual.

Kekerasan dalam rumah tangga (termasuk kekerasan fisik, psikis, dan seksual) dapat mengancam kesejahteraan remaja yang hamil dan anak dalam kandungannya, baik bagi yang sudah menikah ataupun belum menikah. Keadaan ini akan menjadi lebih buruk pada situasi krisis kesehatan, walaupun belum terdapat data statistik yang menggambarkan kondisi pada situasi krisis kesehatan, namun tetap dibutuhkan perhatian khusus mengingat pada situasi normal atau stabil, angka kehamilan remaja cukup tinggi sehingga pada situasi krisis kesehatan risiko komplikasi yang terjadi akan lebih meningkat.

²² UNFPA State of the World's Population 2004. 2004. <http://www.unfpa.org/swp/2004/english/ch9/page5.htm>

²³ Ibid

²⁴ Shane, B. Family Planning Saves Lives. Third Ed. Population Reference Bureau. Washington: Jan. 1997. hal 4.

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

1. Pendataan dan pemetaan remaja baik perempuan maupun laki-laki, termasuk remaja yang hamil dan menyusui di tempat-tempat pengungsian
2. Pendataan remaja perempuan untuk mengetahui kebutuhan *hygiene kit*
3. Pemetaan fasilitas kesehatan. Hal-hal yang harus diobservasi adalah keadaan bangunan, kondisi geografis, transportasi, peralatan, obat-obatan dan ketersediaan sumber daya manusia
4. Berkoordinasi dengan klaster kesehatan dan sektor lain untuk mengidentifikasi remaja hamil di masyarakat dan menghubungkannya dengan pelayanan kesehatan
5. Memastikan petugas dapat menjangkau remaja yang hamil dan ditempatkan di dalam satu tenda bersama ibu hamil lain atau kelompok rentan lainnya
6. Berkoordinasi dengan penanggung jawab bidang gizi untuk ketersediaan konselor ASI di pengungsian
7. Mendistribusikan buku KIA untuk remaja yang hamil
8. Mendistribusikan kit bidan, kit kesehatan reproduksi, kit individu apabila dibutuhkan
9. Memastikan ketersediaan pelayanan PONEK dan PONEK 24 jam/7 hari
10. Berkoordinasi dengan Dinas Sosial dan BPBD untuk menyediakan tenda kesehatan reproduksi khususnya kesehatan reproduksi remaja
11. Berkoordinasi untuk memastikan adanya sistem rujukan yang berfungsi dari masyarakat, puskesmas, rumah sakit 24 jam/7 hari
12. Memastikan terpasangnya informasi tentang prosedur pelayanan kesehatan, yang menyebutkan kapan, dimana dan bagaimana merujuk pasien dengan kondisi kegawatdaruratan maternal dan/neonatal ke tingkat pelayanan kesehatan lebih lanjut
13. Memastikan nutrisi yang cukup bagi kelompok rentan khususnya ibu hamil dan menyusui
14. Memastikan pelayanan yang ramah remaja di fasilitas kesehatan
15. Melibatkan dukun bayi dan kader untuk menghubungkan ibu muda ke pelayanan kesehatan
16. Mendorong semua ibu berusia remaja untuk bersalin di fasilitas kesehatan

3.2.5 Remaja, kesehatan jiwa dan dukungan psikososial

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

Kesehatan jiwa dan dukungan psikososial adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan setiap jenis dukungan lokal atau dari luar yang bertujuan untuk melindungi keadaan psikososial dan mencegah atau mengobati gangguan mental.²⁵ Tidak setiap orang akan mengalami masalah psikologis dalam situasi krisis, risiko mengalami masalah sosial atau psikologis meningkat pada remaja. Mengatasi permasalahan kesehatan jiwa dan psikososial dapat membantu remaja mengembangkan ketahanannya, meningkatkan kapasitas pengambilan keputusan dan perilaku yang lebih sehat. Oleh karena itu penting untuk mengintegrasikan dukungan kesehatan jiwa dan dukungan psikososial menjadi bagian dari mekanisme dalam penanganan kesehatan pada tanggap darurat. Data menunjukkan bahwa hampir satu dari tiga korban kekerasan berbasis gender mengalami masalah kesehatan jiwa (WHO, 2008). Hal ini menyatakan pentingnya pelayanan kesehatan jiwa dan dukungan psikososial untuk penyintas kekerasan berbasis gender.

Masalah kesehatan jiwa dan psikososial mungkin merupakan penyebab sekaligus konsekuensi dari masalah kesehatan reproduksi di kalangan remaja. Hambatan mental, psikologis dan emosional merupakan faktor penting untuk dipertimbangkan dalam hal akses dan kepatuhan terhadap pelayanan terkait KB. Masalah kesehatan jiwa dan psikososial dapat mengganggu kapasitas pengambilan keputusan dan meningkatkan perilaku berisiko tinggi seperti hubungan seksual tanpa kondom. Hal ini, pada gilirannya, mengarah pada risiko (dan stres terkait) kehamilan tidak diinginkan, tertular atau menularkan HIV dan IMS lainnya. Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007 dan tahun 2013, tergambar dalam situasi normal saja, terdapat hampir 10% remaja remaja usia 15-24 tahun mengalami masalah gangguan mental dan emosional, sehingga sangat memungkinkan pada situasi krisis kesehatan akan terjadi peningkatan kasus gangguan mental dan emosional.

Untuk melakukan implementasi program kesehatan jiwa dan dukungan psikososial remaja dalam situasi krisis kesehatan diperlukan kerja sama dari banyak pihak. Namun, hal yang paling penting yaitu pengelola program termasuk tenaga kesehatan menyadari risiko dan konsekuensi masalah kesehatan jiwa dan psikososial di kalangan remaja dan selalu waspada terhadap tanda-tanda adanya permasalahan kesehatan jiwa dan psikososial, khususnya di kelompok berisiko tinggi.

Tenaga kesehatan harus dilatih untuk mengidentifikasi masalah kesehatan jiwa dan psikososial dan untuk membuat intervensi yang sesuai dan rujukan, jika perlu. Jejaring rujukan harus melibatkan multi-sektor termasuk kesehatan, perlindungan, mata pencaharian, pendidikan, pelayanan sosial, dll. Struktur berbasis masyarakat dan dukungan sebaya (konselor sebaya, kelompok remaja, kelompok perempuan, dll.) harus dipertimbangkan untuk dibentuk setelah situasi stabil. Jika jejaring ini sudah ada, mungkin dapat membantu menjangkau remaja penyandang disabilitas, yang terpinggirkan atau yang tidak dapat mengakses pelayanan selama situasi krisis kesehatan.

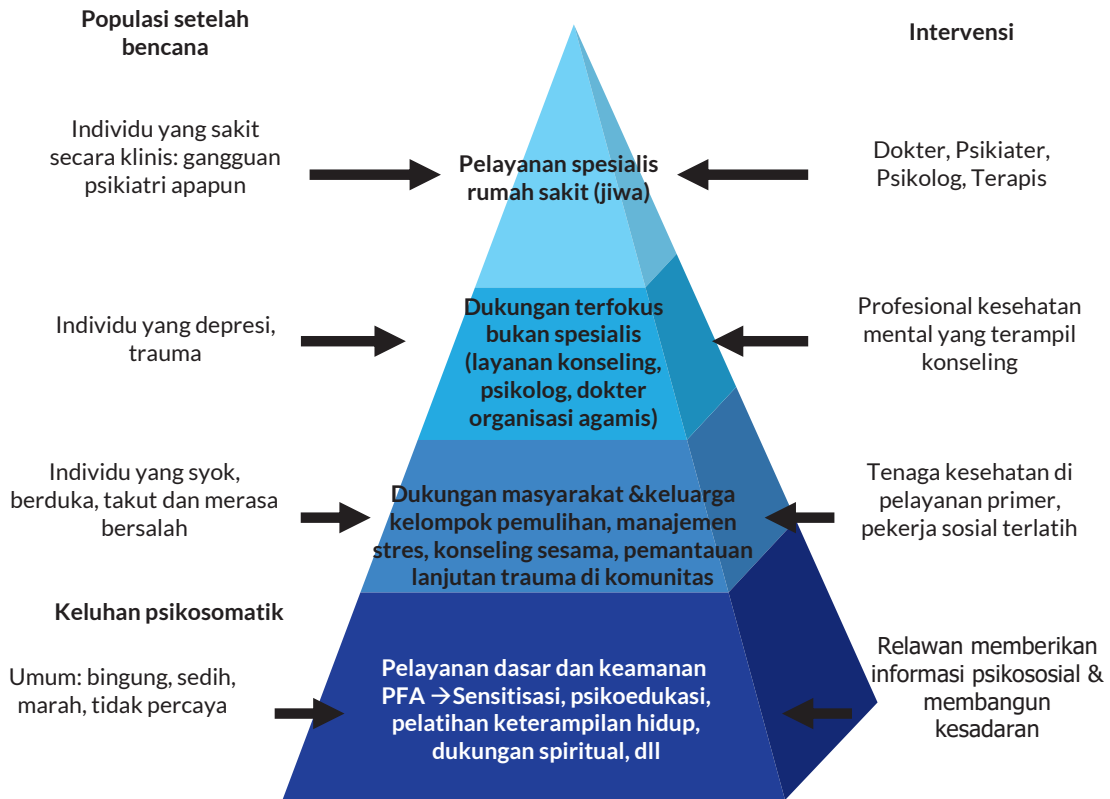
²⁵ Pedoman IASC tentang Kesehatan jiwa dan Dukungan Psikososial dalam Situasi Darurat

Prinsip dasar dari intervensi darurat kesehatan jiwa dan psikososial adalah:

- a. Mempromosikan penghormatan terhadap hak asasi manusia dan keadilan,
- b. Mempromosikan partisipasi masyarakat (remaja)
- c. Tidak memperburuk keadaan
- d. Berlandaskan sumber daya dan kapasitas yang tersedia
- e. Mengintegrasikan kegiatan dan program ke dalam sistem yang lebih luas (seperti program kesehatan, program pendidikan, dll.), dan
- f. Menyusun tanggap darurat dengan menggunakan pendekatan secara bertingkat (IASC 2007).

Diagram berikut diambil dari Pedoman IASC tahun 2007 tentang Kesehatan Jiwa dan Dukungan Psikososial dalam Situasi Darurat, menunjukkan “Piramida Intervensi” yang disarankan untuk merespon situasi darurat. Diagram menggambarkan tingkatan kesehatan jiwa dan intervensi psikososial dalam situasi darurat yang idealnya dilaksanakan secara bersamaan. Berdasarkan piramida intervensi dalam memberikan dukungan psikososial, pelayanan dasar dan keamanan serta dukungan masyarakat dan keluarga merupakan piramida intervensi yang paling utama dan menjadi prioritas dalam situasi krisis kesehatan, sedangkan dukungan terfokus bukan spesialis dan pelayanan spesialis dilakukan jika benar-benar membutuhkan dukungan profesional dalam intervensi dukungan psikososial. Adapun penjabarannya sebagai berikut:

- **Pelayanan dasar dan keamanan** - Memastikan kesejahteraan dan perlindungan seluruh masyarakat, termasuk keselamatan, ketahanan pangan, dan kesehatan. Lembaga harus mengambil langkah khusus untuk melihat bahwa pelayanan ini dapat diakses oleh remaja rentan.
- **Dukungan masyarakat dan keluarga** - Memberikan dukungan kepada sejumlah kecil masyarakat, termasuk mengaktifkan jejaring sosial (komunitas remaja dan kelompok perempuan), dan kegiatan peningkatan mata pencaharian serta pendidikan. Contohnya adalah sistem penjangkauan remaja di masyarakat yang menghubungkan anak kepala rumah tangga dengan kegiatan mata pencaharian, program pelayanan kesehatan dan pendidikan.
- **Dukungan terfokus, bukan spesialis** - Memberikan dukungan kepada masyarakat dalam kelompok kecil yang mungkin memerlukan perawatan dan pengawasan individual oleh tenaga kesehatan terlatih. Contohnya adalah program untuk penyintas (*survivor*) kekerasan seksual dengan menggabungkan kegiatan pemberdayaan ekonomi, perlindungan dan dukungan emosional.
- **Pelayanan spesialis** - Memberikan dukungan profesional kepada sekelompok kecil masyarakat yang mengalami masalah kesehatan jiwa yang berat dan tidak dapat ditangani oleh penyedia layanan lainnya. Lembaga harus membangun sistem untuk merujuk seseorang untuk mendapatkan pelayanan spesialis atau harus melatih tenaga kesehatan dalam menyediakan pelayanan ini.



Gambar 3.2 Piramida Intervensi Kesehatan Mental dan Dukungan Psikososial Pada Situasi Krisis Kesehatan

Dalam menangani masalah kesehatan jiwa yang terjadi saat bencana, dapat merujuk kepadapiramida intervensi kesehatan jiwa dan dukungan psikososial pada situasi krisis kesehatan. Pada situasi bencana, hal yang paling memungkinkan untuk dilakukan adalah Dukungan Psikologis Awal (*Psychological First Aid/PFA*). PFA tersebut meliputi serangkaian keterampilan yang bertujuan untuk mengurangi *distress* dan mencegah munculnya perilaku kesehatan jiwa yang negatif yang disebabkan oleh bencana atau situasi krisis yang dihadapi individu. Perhatian dan dukungan yang diberikan bersifat non intrusif yaitu mendengar namun tidak memaksa untuk berbicara dan mendorong pendampingan tanpa paksaan dari orang lain. PFA bermanfaat untuk mengurangi dampak negatif dari pengalaman sulit karena bencana, membantu menguatkan fungsi penyesuaian diri terhadap perubahan yang terjadi pasca bencana, yang dapat berdampak baik jangka pendek maupun jangka panjang serta mempercepat proses pemulihan penyintas.

Fokus prinsip dasar PFA adalah memberikan bantuan sesegera mungkin pada mereka yang memerlukan dukungan, tersedianya informasi yang akurat dan logis tentang situasi yang ada. Bersikap jujur dan tidak menjanjikan sesuatu yang tidak dapat terpenuhi, menyediakan dukungan emosional bagi orang yang memerlukan dukungan, dengan memberikan fokus pada kemampuan yang dimiliki orang tersebut, dan memberikan perhatian dengan tidak membedakan latar belakang. Target utama dalam melaksanakan PFA adalah memenuhi rasa aman, mendorong fungsi optimal seseorang yang memerlukan dukungan, dan memfasilitasi tindakan orang yang memerlukan dukungan untuk pemulihan. Meskipun semua program kesehatan reproduksi harus mengintegrasikan pelayanan kesehatan jiwa dan dukungan psikososial, tidak ada satu lembaga tunggal yang dapat mengatasi semua masalah yang berkaitan dengan kesehatan jiwa remaja dan dukungan psikososial secara mandiri. Lembaga dan masyarakat harus bekerja sama untuk memastikan bahwa kebutuhan kesehatan jiwa remaja teridentifikasi dan dapat tertangani dengan baik.

3.2.6 Manajemen Kebersihan Menstruasi

3.2.6.1. Pengertian Manajemen Kebersihan Menstruasi

Manajemen Kebersihan Menstruasi (MKM) adalah pengelolaan kebersihan dan kesehatan pada saat perempuan mengalami menstruasi. Perempuan harus dapat menggunakan pembalut yang bersih, dapat di ganti sesering mungkin selama periode menstruasi, dan memiliki akses untuk pembuangannya, serta dapat mengakses toilet, sabun dan air untuk membersihkan diri dalam kondisi nyaman dengan privasi yang terjaga.

3.2.6.2. Mengapa Manajemen Kebersihan Menstruasi (MKM) penting

Mengelola menstruasi dengan cara yang bermartabat adalah hak asasi bagi perempuan, baik dewasa maupun anak-anak. MKM juga dapat berkontribusi pada kesejahteraan ekonomi dan partisipasi pendidikan para anak perempuan serta anak-anak mereka di masa mendatang. MKM juga penting untuk laki-laki karena berdampak bagi meningkatnya pengetahuan tentang kesehatan sistem reproduksi manusia, meningkatnya keterampilan pola pengasuhan orang tua dan mendorong kesetaraan gender.

3.2.6.3. Dampak jika kebersihan menstruasi tidak di kelola dengan baik

- Dampak terhadap kesehatan

Menjaga kebersihan tubuh pada saat menstruasi dengan mengganti pembalut sesering mungkin dan membersihkan bagian vagina dan sekitarnya dari darah, akan mencegah perempuan dari penyakit infeksi saluran kencing, infeksi saluran reproduksi dan iritasi pada kulit.

- Dampak terhadap pendidikan

Penelitian UNICEF di Indonesia pada tahun 2015 menemukan fakta 1 dari 6 anak perempuan terpaksa tidak masuk sekolah selama satu hari atau lebih, pada saat menstruasi. Ketidakhadiran siswi di sekolah membuat mereka ketinggalan pelajaran. Beberapa alasan mengapa siswi membolos pada saat menstruasi adalah: nyeri haid, sekolah tidak menyediakan obat pereda nyeri, jamban yang tidak layak, tidak tersedianya air untuk membersihkan rok dari noda, tidak tersedianya pembalut, tidak tersedianya tempat sampah dan pembungkus untuk membuang

pembalut bekas, perlakuan siswa laki-laki yang terkadang mengejek siswi yang sedang menstruasi serta tabu dan stigma yang membatasi aktivitas siswi perempuan, misalnya olahraga.

- Dampak terhadap partisipasi sosial

Banyak kepercayaan dan kebiasaan masyarakat yang membuat perempuan membatasi aktivitasnya. Akibatnya kaum perempuan kehilangan kesempatan untuk berpartisipasi dalam aktivitas sosial.

- Dampak terhadap lingkungan

Tidak tersedianya tempat untuk membuang pembalut bekas pakai akan mendorong remaja perempuan untuk membuangnya di sembarang tempat.

3.2.6.4. Pengertian Menstruasi

Menstruasi adalah proses peluruhan sel telur yang tidak di buahi bersama dengan darah dan lapisan dinding rahim sebagai bagian dari siklus reproduksi perempuan. Menstruasi adalah hal yang normal dan menandakan kondisi perempuan sehat dan berkembang. Menstruasi adalah tanda anak perempuan menjadi dewasa dan biasanya mulai terjadi pada usia 10-14 tahun.

3.2.6.5. Mengelola menstruasi secara bersih dan sehat

1. Pada saat mengalami menstruasi, pakailah pembalut untuk menampung darah yang keluar dari vagina
2. Pembalut yang di gunakan bisa berupa pembalut sekali pakai (tidak dapat di gunakan kembali dan harus di buang setelah di gunakan) dan pembalut pakai ulang yang terbuat dari kain, bisa di cuci, dan dapat di gunakan kembali.
3. Pembalut sekali pakai di upayakan untuk di bersihkan terlebih dahulu setelah di pakai, di bungkus dengan kertas atau plastik dan di buang ke tempat sampah. Jangan membuang pembalut di lubang jamban atau kloset karena akan membuat tersumbat. Hindari penggunaan bahan yang bisa menyebabkan infeksi seperti koran, dedaunan, tisu atau kain kotor.
4. Pembalut sebaiknya di ganti setiap 4-5 jam sekali dan bisa lebih sering apabila darah keluar banyak. Pembalut harus sering di ganti untuk mencegah infeksi saluran reproduksi, saluran kencing dan iritasi kulit. Ingat untuk selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah mengganti pembalut.
5. Banyak mitos tentang menstruasi yang justru merugikan kesehatan perempuan. Contohnya, mitos tidak boleh mencuci rambut ketika menstruasi. Membersihkan diri termasuk mencuci rambut saat menstruasi justru sangat diperlukan dan tidak dilarang. Bahkan, mandi dan keramas setiap hari ketika menstruasi akan membuat badan terasa segar dan terlindungi dari bakteri, infeksi dan bau.
6. Pada situasi krisis, pembalut sekali pakai dapat di temukan hygiene kit.

3.2.6.6. Panduan Fasilitator

Dalam memberikan informasi dan melakukan penilaian terkait MKM di situasi krisis, fasilitator diharapkan menggali informasi dari remaja, setidaknya menjawab pertanyaan di bawah ini

1. Informasi apa sajakah yang Anda peroleh pada saat pertama kali mendengar tentang menstruasi? Berikan tanda centang sebanyak mungkin sesuai pengalaman Anda.
2. Apakah Anda pernah mendapatkan informasi tentang menstruasi di semua sekolah yang pernah Anda ikuti?
3. Siapakah yang paling Anda inginkan untuk memberikan informasi tentang menstruasi?
4. Apakah pembalut wanita disediakan di sekolah?
5. Apakah ada kamar atau WC untuk mengganti pembalut di sekolah?

3.3 Pasca Krisis Kesehatan

Pada situasi pasca krisis kesehatan, serangkaian kegiatan yang dapat dilakukan adalah survei kesehatan reproduksi, penilaian pelayanan kesehatan reproduksi remaja, dan pelayanan kesehatan reproduksi yang komprehensif, serta monitoring dan evaluasi PPAM kesehatan reproduksi remaja. Penjelasan mengenai survei kesehatan reproduksi dan penilaian pelayanan kesehatan reproduksi remaja akan dibahas pada BAB V. Pelayanan kesehatan reproduksi yang komprehensif dapat dilakukan pada saat kondisi sudah stabil dan fasilitas pelayanan sudah mulai berfungsi normal, sedangkan untuk kegiatan monitoring dan evaluasi akan dibahas pada BAB VII.

BAB IV

KETERLIBATAN REMAJA DALAM PPAM KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA PADA SITUASI KRISIS KESEHATAN



BAB IV KETERLIBATAN REMAJA DALAM PPAM KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA PADA SITUASI KRISIS KESEHATAN

Partisipasi remaja yang bermakna (*Meaningful Youth Participation/MYP*) adalah partisipasi yang aktif dari remaja baik dalam program, kebijakan, dan ruang-ruang lainnya, terutama dalam hal-hal yang berkaitan dengan hak-hak remaja yang dijamin dalam Konvensi Hak Anak.

Setidaknya ada dua komponen penting agar partisipasi dapat dikatakan bermakna:

- Remaja harus mendapat informasi mengenai peran mereka dan bagaimana bentuk kontribusi dari partisipasi mereka,
- Pendapat dari remaja dihormati dan dianggap serius.

Partisipasi yang bermakna tidak akan melihat remaja sebagai objek atau sasaran program saja, namun juga melihat mereka sebagai mitra program atau kolaborator dan sebagai pemimpin atau inisiator. Hal ini juga berarti bahwa proses partisipasi melibatkan dan mudah diakses oleh remaja dari berbagai latar belakang. Partisipasi yang bermakna dapat terjadi dalam tingkat tanggung jawab yang berbeda serta dalam setiap tahapan dan tingkatan program kebencanaan. Termasuk dalam proses perancangan, implementasi, monitoring dan evaluasi dari program dan strategi advokasi serta kampanye, juga dalam proses pengambilan keputusan.



Gambar 3.3: Tingkatan partisipasi remaja

Berdasarkan Resolusi Dewan Keamanan PBB Nomor 2250²⁶, mengenai keterlibatan remaja yang bermakna dalam perdamaian, terdapat sembilan prinsip keterlibatan remaja yang juga relevan diimplementasikan dalam situasi krisis kesehatan.

| No | Prinsip | Penjelasan |
|----|--|--|
| 1 | Mempromosikan partisipasi remaja yang bermakna | <p>Memprioritaskan partisipasi yang teratur, sistematis dan bermakna dari remaja sebagai syarat penting untuk keberlanjutan, inklusivitas dan keberhasilan program. Ini sangat penting ketika generasi muda adalah mayoritas penduduk.</p> <p>Mempromosikan inisiatif berkelanjutan, jangka panjang dan kolaboratif untuk dan dengan remaja, termasuk inisiatif bersama yang membangun upaya dan intervensi yang ada dalam skala besar.</p> |
| 2 | Menghargai dan mengembangkan keragaman dan pengalaman remaja | <p>Mengakui bahwa definisi “remaja” bervariasi tergantung pada konteks sosial, budaya dan politik, dan berusaha memahami konteks nasional dan lokal yang berbeda.</p> <p>Menghargai pengalaman dan nilai keragaman di antara remaja dan mengembangkan strategi yang melibatkan dan mencakup remaja dari latar belakang yang berbeda, dengan mempertimbangkan perbedaan usia, jenis kelamin, etnis, budaya, agama, kelas, kasta, pendidikan, status sosial, tempat tinggal (pedesaan/perkotaan), kemampuan fisik dan intelektual, minat, dll.</p> <p>Melibatkan remaja dengan disabilitas, karena terkadang mereka merupakan kelompok yang memiliki tantangan dan hambatan secara sosial dan budaya.</p> <p>Membuat upaya khusus untuk menjangkau remaja terpinggirkan di semua kelompok ini; jangan menganggap bahwa pemimpin muda di masyarakat dapat mewakili mereka</p> |
| 3 | Sensitif terhadap dinamika gender | <p>Menghindari asumsi umum tentang peran dan aspirasi remaja dalam kegiatan.</p> <p>Identifikasi strategi untuk menjangkau remaja perempuan, mencari cara melibatkan mereka, dan menciptakan ruang yang aman untuk mengangkat isu dan kekhawatiran khusus mereka.</p> |

²⁶ Resolution 2250 (2015), [https://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=S/RES/2250\(2015\)](https://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=S/RES/2250(2015))

| No | Prinsip | Penjelasan |
|----|--|---|
| 4 | Libatkan remaja dalam semua tahapan program | <p>Gunakan metodologi yang sesuai usia agar remaja dapat berkontribusi langsung dalam merancang, menerapkan, memantau, mengevaluasi dan menindaklanjuti program.</p> <p>Advokasi dan dukungan untuk melembagakan partisipasi remaja dalam praktik resmi pengambilan keputusan yang mempengaruhi mereka dan memastikan bahwa pemuda memiliki pelatihan dan dukungan yang tepat untuk terlibat dalam proses ini.</p> <p>Mempromosikan dan memfasilitasi keterlibatan dan kesukarelaan (<i>volunteering</i>) dalam program.</p> <p>Minta pembuat kebijakan, lembaga dan organisasi terkait untuk berkomitmen dalam memberikan akuntabilitas kepada remaja. Diharapkan agar ditetapkan mekanisme untuk berkomunikasi dan menerima umpan balik dari remaja, terutama sebagai bagian dari program dan kerangka kebijakan yang berfokus pada mereka.</p> |
| 5 | <i>Do No Harm</i> | <p>Memastikan lingkungan yang aman secara fisik, sosial dan emosional dan mendukung bagi generasi muda untuk berpartisipasi dalam program.</p> <p>Peka terhadap perbedaan dan ketidaksetaraan di antara generasi muda, rekan-rekan dan komunitas mereka, dan hindari mengeneralisir, atau menciptakan situasi yang berpotensi sulit atau berbahaya bagi remaja sebelum, selama dan setelah partisipasi mereka.</p> <p>Saat membahas topik sensitif, pastikan bahwa fasilitator dilatih khusus untuk menangani percakapan dan situasi yang sulit dan tahu kemana merujuk anak muda yang mungkin membutuhkan layanan khusus.</p> |
| 6 | Mengaktifkan kepemilikan, kepemimpinan, dan pertanggungjawaban generasi muda | <p>Identifikasi pemuda dan organisasi pemuda yang dapat dilibatkan: temui mereka, belajar dari mereka dan dukung mereka.</p> <p>Ciptakan peluang untuk partisipasi, kepemilikan dan kepemimpinan generasi muda yang berkelanjutan, dalam mekanisme lokal, nasional, regional dan internasional untuk mempertahankan peran aktif mereka dalam kegiatan.</p> <p>Menumbuhkan kepercayaan dan mendukung kerja sama antara pengambil keputusan dan orang muda, terutama melalui dialog antar generasi dan kegiatan membangun kepercayaan remaja dan orang dewasa.</p> <p>Bekerjasamalah dengan generasi muda yang berpengaruh di antara rekan-rekan mereka dan kembangkan keterampilan kepemimpinan mereka, sambil memastikan partisipasi generasi muda yang terpinggirkan.</p> <p>Fasilitasi jalur komunikasi maupun mekanisme umpan balik (fisik atau virtual) untuk menimbulkan rasa tanggung jawab para pemimpin muda pada rekan, komunitas, dan mitra mereka.</p> |

| No | Prinsip | Penjelasan |
|----|---|---|
| 7 | Memelihara keterampilan generasi muda dalam kepemimpinan, komunikasi, dan kecakapan hidup | <p>Menciptakan peluang bagi generasi muda untuk berbagi tujuan dan aspirasi dengan orang dewasa; memanfaatkan pengalaman dan aset mereka; dan terlibat dalam berbagai bidang.</p> <p>Identifikasi generasi muda yang dapat berfungsi sebagai <i>role model</i> /panutan dan memberikan bimbingan kepada individu yang lebih muda.</p> <p>Promosikan hubungan positif antara remaja dan orang dewasa.</p> |
| 8 | Berinvestasi dalam kemitraan antargenerasi | <p>Meningkatkan dialog, pemahaman dan peluang untuk kerjasama di antara generasi muda dan pemangku kepentingan lainnya, untuk bertindak bersama untuk melaksanakan program.</p> <p>Bekerja dengan orang dewasa sehingga mereka melihat pemberdayaan generasi muda sebagai perubahan positif, dan bukan sebagai ancaman terhadap kekuatan dan posisi mereka sendiri.</p> <p>Mengenali dan mempromosikan peran pemerintah lokal dan nasional untuk mendukung partisipasi generasi muda dalam proses dan keputusan yang mempengaruhi kehidupan mereka.</p> |
| 9 | Memperkenalkan dan mendukung kebijakan yang mengatasi kebutuhan penuh generasi muda | <p>Mendukung pengembangan kebijakan yang berfokus pada generasi muda yang inklusif oleh berbagai pemangku kepentingan.</p> <p>Berkontribusi untuk pembentukan atau mendukung forum lokal dan nasional yang ada dan saluran komunikasi lain yang sesuai yang dapat meningkatkan partisipasi generasi muda dalam pengembangan kebijakan yang mempengaruhi kehidupan mereka.</p> <p>Mendukung pengembangan kebijakan nasional inklusif yang menjawab kebutuhan dan aspirasi kaum muda; berkontribusi pada partisipasi, pengembangan dan pemberdayaan generasi muda; dan sepenuhnya sejalan dengan standar hak asasi manusia internasional, instrumen regional dan dokumen kebijakan utama.</p> |

PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja akan berjalan dengan maksimal jika remaja terlibat dalam setiap prosesnya. Keterlibatan remaja dalam program kesehatan reproduksi dalam situasi krisis kesehatan dapat membantu tenaga kesehatan untuk mengembangkan perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi pelaksanaan PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja dalam situasi krisis kesehatan.

Prinsip utama kerja sama efektif dengan remaja adalah dengan mendorong partisipasi, kemitraan dan kepemimpinan remaja. Pentingnya keterlibatan remaja dalam PPAM KRR antara lain adalah:

- Remaja dapat membantu menyusun program sesuai dengan kebutuhan remaja,
- Remaja dapat membantu mengidentifikasi pesan kunci, teknik komunikasi, aktifitas yang sesuai dengan karakteristik dan kebiasaan remaja,
- Remaja dapat mempromosikan dan mempublikasikan program dan kegiatan secara efektif, serta dapat membantu teman sebayanya untuk menjadi peserta program atau menjadi bagian dari program tersebut,
- Remaja dapat menjadi pembicara dan membantu menjangkau komunitas remaja lainnya,
- Keterlibatan remaja sejak awal program akan meningkatkan rasa kepemilikan remaja terhadap program tersebut,

- f. Keterlibatan remaja dapat meningkatkan keterampilan, kepercayaan diri, kepemimpinan dan keterpedulian terhadap isu kesehatan reproduksi remaja dalam situasi bencana.

Identifikasi remaja yang dapat berperan sebagai pemimpin muda atau pendidik sebaya di komunitas mereka mempermudah dalam melakukan kegiatan. Para remaja ini dapat membantu menyampaikan kebutuhan teman sebaya mereka selama perancangan program dan membantu pelaksanaan kegiatan-kegiatan seperti pendidikan sebaya, monitoring pelayanan kesehatan yang ramah remaja dan rujukan ke konselor untuk masalah kekerasan berbasis gender. Remaja dapat lebih menerima layanan yang telah mereka identifikasi sesuai dengan kebutuhan mereka.

Remaja memiliki hak untuk berpartisipasi dalam program kesehatan reproduksi yang menempatkan mereka sebagai sasaran program. Keterlibatan remaja dalam rancangan, pelaksanaan dan pemantauan program menjadi kunci dalam memastikan bahwa program tersebut dapat diterima dan diakses oleh remaja, serta menjamin agar kebutuhan kesehatan reproduksi remaja dapat terpenuhi.

Selain itu, remaja juga perlu dilibatkan dalam evaluasi program supaya mereka juga dapat memberikan arahan untuk pengembangan program di masa depan. Partisipasi remaja pada semua tahapan siklus program dapat menjadikan program lebih relevan, hasilnya lebih kuat, dan terjalinnya kemitraan yang kuat antara remaja dan orang dewasa. Hal yang sama juga berlaku saat situasi krisis, meskipun kondisi positif yang mendorong partisipasi remaja mungkin dibatasi oleh seperti waktu, pendanaan dan komitmen.

Bagi remaja, teman sebaya merupakan sumber informasi yang aman dan dapat dipercaya sehingga rancangan untuk pendidik/konselor sebaya/kader kesehatan remaja perlu mengacu pada program yang telah dirancang untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan keterampilan remaja terkait kesehatan reproduksi. Beberapa contoh kegiatan yang dapat memastikan kualitas pendidik/konselor sebaya dalam membantu pelaksanaan PPAM KRR antara lain adalah pelatihan intensif kepada pendidik sebaya yang mencakup *need assesment/* penilaian kebutuhan kesehatan reproduksi pada situasi krisis kesehatan dan penguatan kapasitas mereka dalam memberikan informasi yang akurat kepada teman sebaya.

Keterlibatan remaja mulai dari pra krisis kesehatan hingga pasca krisis kesehatan sangatlah penting. Sebagai contoh, pada saat situasi krisis kesehatan jaringan telekomunikasi seringkali tidak berfungsi dengan baik. Tetapi jika kondisi jaringan telekomunikasi sudah normal kembali, remaja dapat membantu komunikasi dengan sesama remaja yang terdampak saat bencana seperti *sms gateway*, *online platform* melalui media sosial, atau akun media sosial lainnya untuk menggali kebutuhan dan mendistribusikan kebutuhan logistik. Remaja juga dapat membantu menjadi pengelola media sosial sebagai sarana informasi dan komunikasi bagi remaja dalam situasi krisis kesehatan.

Contoh keterlibatan remaja pada situasi krisis kesehatan:

- Korps Sukarela dan PMR PMI Jakarta Timur melakukan kegiatan dukungan psikososial, mendistribusikan logistik, dan melakukan penyuluhan tentang HIV/AIDS kepada remaja saat terjadi banjir di wilayah Jakarta Timur.
- PKBI Yogyakarta bersama remaja yang telah terlatih isu kesehatan reproduksi memberikan penyuluhan seputar kesehatan reproduksi saat letusan gunung Merapi tahun 2010

Remaja yang telah terlatih isu kesehatan reproduksi, dapat memberikan informasi dan konseling kepada teman sebaya dan membantu remaja lainnya untuk dapat mengakses pelayanan kesehatan jika membutuhkan bantuan terkait dengan kesehatan reproduksi saat situasi krisis kesehatan.

Keterlibatan remaja tidak hanya sebatas melibatkan remaja yang sudah dilatih saja atau yang sudah memiliki kemampuan dalam bidang kesehatan reproduksi remaja. Namun, juga dapat melibatkan remaja dari berbagai latar belakang dan komunitas yang akan membantu tenaga kesehatan dalam mengembangkan program kesehatan reproduksi remaja, sehingga jangkauan dan pelaksanaan program dapat berjalan sesuai dengan kebutuhan remaja dengan berbagai latar belakang.

PKBI Yogyakarta bersama sukarelawan remaja membantu melakukan pendataan atau penilaian awal pada situasi tanggap darurat bencana untuk mengetahui kebutuhan remaja termasuk mencatat berapa remaja putri yang membutuhkan pembalut atau kebutuhan kesehatan reproduksi lainnya.

Keterlibatan remaja mencakup remaja yang berada di luar wilayah bencana, remaja yang berada dalam situasi bencana, atau kolaborasi antara remaja dari dalam dan luar wilayah bencana. Idealnya, keterlibatan remaja dilaksanakan sebelum terjadinya bencana sehingga saat bencana terjadi, remaja yang akan membantu pelaksanaan PPAM Kesehatan Reproduksi sudah memiliki kemampuan dalam melaksanakan PPAM KRR.

4.1. Contoh kegiatan keterlibatan remaja dalam PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja pada situasi krisis kesehatan

Matriks berikut memberikan beberapa contoh bahwa remaja dapat berpartisipasi dalam pelaksanaan pelayanan PPAM kesehatan reproduksi yang komprehensif:

Tabel 4.1
Partisipasi remaja dalam pelaksanaan pelayanan PPAM

| Partisipasi remaja dalam pelaksanaan PPAM KRR | | |
|---|---|---|
| | Saat pelaksanaan PPAM | Pelayanan Kespro Komprehensif |
| Pihak yang perlu dilibatkan | <ul style="list-style-type: none"> • Tokoh remaja • Kelompok/komunitas dan jejaring remaja • Remaja berisiko tinggi • Pendidik/konselor sebaya • Tagana/PMR/Pramuka (Saka Bhakti Husada) <p><i>Remaja perempuan dan laki-laki harus memiliki akses yang sama/setara dan berpartisipasi dalam semua kegiatan</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> • Tokoh remaja • Kelompok/komunitas dan jejaring remaja • Remaja berisiko tinggi • Penasihat program remaja • Pendidik/konselor sebaya • Tagana/PMR/Pramuka (Saka Bhakti Husada) <p><i>Remaja perempuan dan laki-laki harus memiliki akses yang sama/setara dan berpartisipasi dalam semua kegiatan</i></p> |
| Identifikasi kebutuhan/rancangan program | <ul style="list-style-type: none"> • Berpartisipasi dalam forum kesehatan reproduksi remaja • Berpartisipasi dalam tim RHA • Berpartisipasi dalam analisis kebutuhan remaja • Berpartisipasi dalam rapat koordinasi kesehatan reproduksi atau gugus tugas pencegahan kekerasan berbasis gender • Berpartisipasi dalam upaya pencegahan penularan IMS dan HIV pada remaja • Mengidentifikasi kebutuhan remaja tentang kesehatan reproduksi • Mengidentifikasi remaja hamil, remaja populasi kunci dan remaja berkebutuhan khusus • Memetakan pelayanan yang ramah remaja • Berpartisipasi dalam rancangan strategi dan pesan KRR. | <ul style="list-style-type: none"> • Melanjutkan partisipasi dalam pelaksanaan PPAM KRR • Melakukan identifikasi remaja yang berisiko tinggi • Melakukan diskusi kelompok terarah dengan melibatkan kelompok remaja berisiko tinggi tentang kebutuhan kesehatan reproduksi • Memastikan pertimbangan gender tercermin dalam semua tahapan penilaian kebutuhan dan rancangan program |

| Partisipasi remaja dalam pelaksanaan PPAM KRR | | |
|---|--|--|
| | Saat pelaksanaan PPAM | Pelayanan Kespro Komprehensif |
| Pelaksanaan Program | <ul style="list-style-type: none"> • Melakukan advokasi dan sosialisasi tentang pentingnya PPAM KRR • Menyebarkan informasi tentang pentingnya mencari pertolongan medis dan psikososial untuk penyintas kekerasan seksual • Menginformasikan kepada remaja hamil untuk memeriksakan kehamilan dan mencari pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, serta mencari informasi tempat pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan • Menyebarkan informasi kepada teman sebaya/remaja dilingkungannya tentang akses terhadap layanan kesehatan reproduksi ramah remaja dan sesuai dengan kebutuhan remaja, sensitif gender, serta terjaga kerahasiaannya • Memberikan informasi dan konseling kepada teman sebaya tentang KRR • Melibatkan remaja perempuan dalam mendistribusikan <i>hygiene kit</i> • Melakukan konseling sebaya pada situasi krisis kesehatan • Memberikan informasi tentang kesehatan reproduksi • Membantu memberikan dukungan psikososial • Membantu menjadi pengelola media sosial sebagai sarana informasi dan komunikasi bagi remaja dalam situasi krisis kesehatan | <ul style="list-style-type: none"> • Melanjutkan partisipasi dalam pelaksanaan PPAM KRR • Melakukan sosialisasi tentang KRR melalui kegiatan yang disukai remaja/komunitas remaja. Contoh: sosialisasi melalui musik, drama, tari, olahraga, pemutaran film, dll • Membentuk komunitas remaja khususnya untuk kelompok remaja berisiko tinggi • Memastikan program KRR yang sensitif gender, sesuai dengan kebutuhan remaja dan praktik sosial budaya setempat • Membentuk kelompok dukungan psikososial untuk penyintas remaja yang mengalami kekerasan seksual dan untuk remaja yang hidup dengan HIV |
| Monitoring dan evaluasi program | <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan umpan balik tentang pelaksanaan program melalui partisipasi dalam koordinasi kesehatan reproduksi, gugus tugas pencegahan kekerasan berbasis gender, dan forum lain yang serupa | <ul style="list-style-type: none"> • Melanjutkan partisipasi dalam pelaksanaan PPAM KRR • Ikut memantau kualitas program kesehatan reproduksi • Berpartisipasi dalam evaluasi program KRR dengan berkontribusi terhadap keseluruhan proses mulai dari perencanaan program hingga evaluasi program. |

BAB V

PENILAIAN KEBUTUHAN KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA PADA TANGGAP DARURAT KRISIS KESEHATAN



BAB V

PENILAIAN KEBUTUHAN KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA PADA TANGGAP DARURAT KRISIS KESEHATAN

5.1. Tujuan Pelaksanaan Penilaian Kebutuhan Kesehatan Reproduksi Remaja

Pelaksanaan penilaian kebutuhan kesehatan reproduksi remaja dilakukan pada tahap tanggap darurat krisis kesehatan. Adapun tujuan dari pelaksanaan penilaian kebutuhan kesehatan reproduksi remaja adalah untuk mengetahui gambaran kebutuhan kesehatan reproduksi remaja pada situasi krisis kesehatan, sehingga program kesehatan reproduksi remaja serta fasilitas pelayanannya dapat memenuhi kebutuhan remaja.

Penilaian status kesehatan reproduksi secara komprehensif tidak selalu dapat dikerjakan saat tanggap darurat krisis kesehatan karena membutuhkan waktu yang cukup lama dan dapat menambah beban petugas dan remaja dalam situasi tanggap darurat krisis kesehatan. Oleh karena itu, ketika situasi sudah stabil, pelaksanaan penilaian status kesehatan reproduksi yang komprehensif, seperti menggali informasi seputar pengetahuan, sikap, dan perilaku terkait kesehatan reproduksi, sangatlah berharga bagi pengelola program untuk dapat mengembangkan program kesehatan reproduksi remaja dalam situasi krisis kesehatan. Selain itu, pengambilan data untuk mengetahui situasi kesehatan reproduksi remaja tetap harus menyesuaikan dengan kondisi budaya setempat.

5.2. Pihak Yang Menilai

Pengelola program KIA/Kesga di tingkat Kabupaten/Kota yang ditunjuk sebagai penanggung jawab dalam program kesehatan reproduksi remaja akan melakukan koordinasi penilaian kebutuhan program kesehatan reproduksi remaja dengan melibatkan kader kesehatan remaja yang ada di Organisasi Remaja, LSM dan lembaga terkait lainnya yang bergerak di bidang kesehatan reproduksi remaja. Jika penanggung jawab sub kluster kesehatan reproduksi tingkat kabupaten/kota/provinsi belum terbentuk, maka tanggung jawab berada pada dinas kesehatan kabupaten/kota/provinsi yaitu unit yang bertanggung jawab untuk kesehatan reproduksi/kesehatan ibu dan anak. Di tingkat pusat penanggung jawab sub kluster kesehatan reproduksi berada di bawah penanggung jawab sub kluster kesehatan reproduksi.

Koordinator kesehatan reproduksi remaja harus terlibat sejak situasi tanggap darurat krisis kesehatan hingga pasca krisis kesehatan dan menyediakan dukungan teknis dan operasional untuk mitra terkait untuk memastikan bahwa kesehatan reproduksi remaja menjadi prioritas dalam situasi krisis kesehatan (jika penanggung jawabnya adalah remaja, diharapkan remaja tersebut memiliki latar belakang pendidik/konselor sebaya dan aktif dalam kegiatan remaja yang berfokus pada kesehatan reproduksi remaja).

Dalam melakukan identifikasi penilaian kebutuhan kesehatan reproduksi remaja, koordinator PPAM kesehatan reproduksi remaja yang dikoordinatori oleh remaja perlu melibatkan teman-teman sesama remaja, seperti kader kesehatan remaja, pendidik/konselor sebaya, remaja komunitas, tokoh remaja, dan lain sebagainya, untuk

membantu melakukan penilaian. Dengan melibatkan remaja/teman sebaya, identifikasi kerentanan, kebutuhan dan kapasitas remaja akan lebih mudah dipetakan supaya perencanaan dan pelaksanaan intervensi kesehatan reproduksi remaja, serta layanan pada fasilitas kesehatan dapat disusun sesuai dengan kebutuhan remaja.

5.3. Penilaian kebutuhan kesehatan reproduksi remaja

Informasi yang perlu dikumpulkan dan dilaporkan pada rapat koordinasi sub kluster kesehatan reproduksi adalah sebagai berikut:

1. **Data demografi remaja** berdasarkan jenis kelamin dan kelompok umur remaja, serta kelompok remaja yang rentan dalam situasi krisis kesehatan. (Lihat Formulir 1)
2. **Prevalensi isu kesehatan reproduksi di kalangan remaja**, termasuk kehamilan, kematian ibu dan bayi baru lahir serta IMS, HIV/AIDS (Lihat Formulir 1)
3. **Kerentanan remaja dan praktek-praktek berbahaya**, termasuk paparan terhadap kekerasan dan eksploitasi seksual, perdagangan orang, seks komersial dan praktek-praktek tradisional seperti mutilasi genital (FGM)/sunat perempuan (Lihat Formulir 2)
4. **Sumber daya masyarakat yang bersifat protektif**, seperti orang tua dan guru yang mendukung serta program-program remaja dengan jejaring ke orang dewasa yang memiliki kepedulian terhadap remaja (Lihat Formulir 2)
5. **Layanan untuk remaja**, termasuk layanan profesional dan tradisional. Setiap alasan untuk kesenjangan dalam penyediaan dan akses terhadap layanan harus teridentifikasi
6. **Persepsi terhadap kesehatan reproduksi remaja**, persepsi remaja dan masyarakat terhadap kebutuhan akan kesehatan reproduksi remaja dan penyediaan layanan serta informasi kesehatan reproduksi untuk remaja
7. **Hambatan untuk mengakses layanan yang tersedia**, termasuk ketidakamanan, norma budaya, kurangnya kerahasiaan/privasi, dan kurangnya petugas kesehatan yang berjenis kelamin sama

5.4. Prinsip Penilaian Kebutuhan Kesehatan Reproduksi Remaja

Agar dapat berjalan dengan baik, akurat dan sesuai dengan etika penelitian, proses penilaian kebutuhan perlu memperhatikan beberapa prinsip sebagai berikut:

- **Persetujuan**
Sebelum melaksanakan penilaian, koordinator penilaian kebutuhan kesehatan reproduksi remaja perlu mendapatkan izin dari Kementerian Kesehatan sub kluster kesehatan reproduksi sebagai pemerintah pusat, pemerintah daerah, tokoh masyarakat serta organisasi mitra.
- **Keamanan**
Keamanan petugas dan penduduk sebagai penerima manfaat harus menjadi perhatian utama. Jika pelaksanaan penilaian dapat menempatkan peserta atau tim pengkaji dalam situasi sulit dan berisiko seperti pada situasi konflik, kerusuhan, dan lain-lain, maka penilaian tidak dilaksanakan atau akan dilaksanakan ketika situasi sudah memungkinkan.

- **Rujukan**
Penilaian (atau bagian dari penilaian) tidak harus dilaksanakan jika pelayanan rujukan yang sesuai tidak tersedia. Misalnya pertanyaan tentang apakah peserta mendapatkan kekerasan seksual sebaiknya tidak ditanyakan kecuali pelayanan medis dan psikologis tersedia bagi peserta sukarela yang menyatakan bahwa dirinya merupakan penyintas kekerasan seksual.
- **Persetujuan berdasarkan informasi**
Setiap individu yang terlibat dalam penilaian harus memberikan persetujuan berdasarkan informasi yang diberikan. Peserta harus mendapat informasi lengkap tentang tujuan penilaian, metode yang akan digunakan, sifat dari pertanyaan yang akan ditanyakan, dan risiko serta manfaat partisipasinya
- **Partisipasi**
Partisipasi dari peserta dalam kegiatan penilaian inibersifat sukarela. Setiap orang berhak untuk menolak berpartisipasi dalam penilaian dan dapat memutuskan untuk menarik diri setiap saat. Seseorang juga dapat memilih untuk tidak menjawab pertanyaan tanpa tekanan dari pewawancara untuk menjawab. Individu atau lembaga pelaksana penilaian memiliki kewajiban untuk menghormati keinginan peserta yang memutuskan untuk tidak berpartisipasi.
- **Privasi**
Pengumpulan data harus dilakukan dalam lingkungan dimana privasi terjamin (baik visual maupun suara) serta dilakukan di tempat dimana remaja merasa nyaman sehingga peserta lebih mungkin memberikan jawaban secara bebas terhadap pertanyaan yang diajukan. Orang dewasa atau remaja yang lebih tua tidak diperbolehkan berada di ruangan yang sama selama wawancara. Jika peserta adalah pengasuh dari anak yang sangat muda, anak tersebut diperbolehkan berada di ruangan selama wawancara, tetapi sebaiknya ada pengaturan lain untuk menemani anak jika memungkinkan.
- **Kerahasiaan**
Tim penilaian memiliki kewajiban untuk menjaga kerahasiaan peserta sebelum, selama, dan setelah penilaian. Anggota tim penilaian tidak boleh membicarakan aspek apapun dari suatu penilaian, kecuali dengan koordinator penilaian, jika klarifikasi diperlukan. Identitas peserta harus dijaga dan tidak boleh dikaitkan dengan jawaban yang diberikannya. Jawaban peserta tidak boleh dibicarakan dimanapun dengan siapa pun kecuali dengan koordinator penilaian jika klarifikasi diperlukan. Jika kuesioner digunakan, tidak boleh berisi informasi yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi peserta, dan harus disimpan di lemari terkunci; dan jika ada risiko bahwa kuesioner dapat membahayakan peserta maupun petugas di masa depan, maka kuesioner harus dimusnahkan ketika analisis data selesai dilakukan.

5.5. Langkah-Langkah Dalam Melakukan Penilaian

Untuk menyusun strategi dan rencana pelayanan kesehatan reproduksi remaja pada situasi krisis kesehatan, diperlukan sejumlah data yang disusun dalam beberapa tahapan berikut:

1. Melakukan penilaian awal cepat dengan cara mengumpulkan data dari Tim RHA dan Tim Kesehatan Reproduksi, serta wawancara langsung guna melengkapi data penilaian awal cepat (Lihat Formulir 1)

2. Melakukan analisis situasi kesehatan reproduksi remaja dengan cara:
 - a. Melakukan penilaian tentang kondisi fasilitas pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan dan ketersediaan alat dan obat untuk memberikan pelayanan kesehatan reproduksi (Data diambil dari Tim Kesehatan Reproduksi. Keterangan data yang digunakan terdapat dalam Formulir 4 Buku PPAM Kesehatan Reproduksi)
 - b. Melakukan penilaian kondisi tempat pengungsi dan identifikasi risiko terjadinya kekerasan berbasis gender (Mengacu pada Formulir 7 Buku Pedoman PPAM Kesehatan Reproduksi). Dalam Formulir ini akan tergambar kondisi toilet, ketersediaan layanan kesehatan reproduksi bagi pengungsi, jumlah remaja yang tidak memiliki orang tua/wali berdasarkan kelompok umur dan jenis kelamin.
 - c. Jika terjadi bencana berskala besar perlu mendata lembaga/organisasi yang bekerja di bidang kesehatan reproduksi remaja berdasarkan data PPAM Kesehatan Reproduksi (Mengacu pada Formulir 5 Pada Buku Pedoman PPAM Kesehatan Reproduksi). Data ini menggambarkan tentang nama organisasi, program, wilayah kerja dan kontak person yang dapat dihubungi, sehingga dapat tergambar apakah terdapat program atau pelayanan kesehatan reproduksi yang ramah remaja serta tergambar apakah ada program dukungan kesehatan jiwa dan psikososial remaja. Berdasarkan data ini akan tergambar kelompok/organisasi remaja yang aktif di masyarakat. Data ini bermanfaat untuk mengidentifikasi dan membagi peran lembaga yang bekerja di bidang kesehatan reproduksi di daerah yang terkena dampak bencana, agar tidak terjadi tumpang tindih dalam memberikan pelayanan.
3. Melakukan survei kesehatan reproduksi remaja
4. Penilaian fasilitas pelayanan dengan menggunakan instrumen berbasis fasilitas

5.6. Jenis Instrumen

Penilaian yang telah disusun dan dilakukan bertujuan untuk memastikan bahwa pelaksanaan intervensi telah sesuai dengan kebutuhan di lokasi intervensi program tersebut. Terdapat dua jenis instrumen untuk menilai status kesehatan reproduksi remaja dalam situasi krisis kesehatan, yaitu:

1. Instrumen penilaian remaja, yang terdiri dari:

a. *Rapid Health Assesment (RHA)* untuk Kesehatan Reproduksi Remaja

RHA dilaksanakan dalam **72 jam pertama tahap tanggap darurat krisis kesehatan** untuk mengumpulkan seluruh informasi demografi dan mengidentifikasi permasalahan penyelamatan jiwa yang harus segera ditangani untuk memastikan kesejahteraan populasi penerima manfaat. Penting untuk diingat bahwa PPAM adalah seperangkat intervensi penyelamatan jiwa yang dilaksanakan tanpa penilaian sebelumnya. **Pelaksanaan PPAM tidak boleh ditunda sambil menunggu hasil penilaian apapun**, termasuk penilaian awal cepat. Namun, tanpa melakukan penilaian sekalipun, kita dapat mengetahui bahwa kebutuhan akan pelayanan kesehatan reproduksi akan selalu ada pada situasi krisis dan intervensi yang dilakukan adalah melalui pelaksanaan PPAM untuk jenis bencana apapun. (Lihat Formulir 1)

b. Analisis Situasi Untuk Kesehatan Reproduksi Remaja

Analisis situasi akan dilakukan **pada tahap tanggap darurat krisis kesehatan**. Kegiatan ini dilakukan setelah penilaian awal cepat selesai dilakukan. Analisis situasi akan memberikan informasi tentang status *baseline* kebutuhan dan layanan kesehatan reproduksi, serta akan membantu lembaga memprioritaskan intervensi saat pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif diperkenalkan. Dalam melaksanakan analisis situasi, ada etika tertentu yang harus dipertimbangkan. Jika tidak semua persyaratan etika dapat dipenuhi, maka analisis situasi tidak tepat untuk dilanjutkan.

Dalam rangka melaksanakan analisis situasi, berikut adalah beberapa metode pengumpulan data yang paling mungkin dilakukan sesuai kondisi lapangan:

1. Wawancara mendalam
2. Diskusi Kelompok Terfokus (DKT), atau *Focus Group Discussion (FGD)* memerlukan *sejumlah perencanaan dan persiapan* yang tepat. Pemilihan peserta diskusi adalah hal yang penting. Peserta dalam kelompok terfokus harus sama usia dan jenis kelaminnya, memiliki tingkat pendidikan yang setara, berbicara dalam bahasa yang sama dan berasal dari latar belakang sosial ekonomi yang sama. Diskusi dilaksanakan sebagai bagian dari penilaian untuk program kesehatan reproduksi remaja, misalnya diskusi dengan kelompok terfokus terpisah untuk remaja laki-laki, remaja perempuan yang belum menikah, remaja perempuan menikah, anak laki-laki yang tidak lagi memiliki keluarga, dll. Jumlah peserta ideal per FGD adalah 8-10 orang sehingga panduan pertanyaan FGD perlu disusun. Jika terlalu sedikit waktu yang dialokasikan atau terlalu banyak pertanyaan yang diajukan, informasi yang diperoleh dari FGD mungkin dangkal dan sedikit manfaatnya untuk program ini. (Lihat Formulir 2)
3. Pemetaan masyarakat (memetakan kelompok masyarakat yang dapat melindungi remaja, sehingga dapat meminimalisasi kerentanan remaja)
4. Penilaian fasilitas kesehatan (contoh penilaian fasilitas kesehatan ramah remaja menggunakan instrumen penilaian standar nasional Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) yang terdapat pada Formulir 5).

c. Survei Kesehatan Reproduksi Remaja

Survei Kesehatan Reproduksi remaja komprehensif sering kali tidak dilakukan dalam situasi darurat karena memakan waktu dan dapat menambah beban tambahan bagi sumber daya manusia dan logistik yang berharga. **Survei ini dilakukan pada tahap pasca krisis kesehatan**. Penilaian kesehatan reproduksi komprehensif dilaksanakan untuk mendapatkan informasi tentang pengetahuan, sikap dan pemanfaatan pelayanan kesehatan dan masalah kesehatan seksual remaja. Hasil survey kesehatan reproduksi remaja diharapkan dapat memberikan informasi yang berharga dan membantu lembaga dalam merencanakan program kesehatan reproduksi yang sesuai dengan kebutuhan remaja. Ketika melaksanakan survei kesehatan reproduksi yang komprehensif, pelaksana survey perlu memperhatikan permasalahan etika penelitian. Jika salah satu persyaratan etika tidak terpenuhi, maka penilaian tidak tepat untuk dilanjutkan.

Contoh pertanyaan-pertanyaan dalam Formulir 3 merupakan paket instrumen penilaian kesehatan reproduksi dari *Center of Disease Control and Prevention (CDC)* (Pusat Pengendalian dan Pencegahan Penyakit) untuk perempuan yang terkena dampak konflik dan dapat digunakan untuk mengumpulkan informasi tentang pengetahuan, sikap dan pemanfaatan pelayanan kesehatan reproduksi serta masalah kesehatan seksual remaja. Saat menggabungkan pelayanan kesehatan reproduksi remaja sebagai bagian dari paket kesehatan reproduksi yang komprehensif, indikator ini dapat menjadi dasar panduan program dalam mengkaji perubahan dari waktu ke waktu. Pelaksanaan dalam melengkapi kuesioner ini disarankan untuk dilakukan dalam ruangan yang terjaga privasinya sehingga responden nyaman dalam mengisi kuesioner yang telah diberikan. Kuesioner terkait dengan survei ini dibagi menjadi dua bagian yaitu kuesioner terkait pelayanan kesehatan reproduksi remaja dan kuesioner terkait masalah kesehatan seksual remaja yang terdapat pada Formulir 3. Jumlah dan metode pengambilan sampel disesuaikan dengan situasi dan kondisi di lapangan.

2. Instrumen berbasis fasilitas

- a. **Penilaian HEEADSSS (*Home, Education/Employment, Eating, Activities, Drugs, Sexuality, Safety and Suicide*)**
Penilaian HEEADSSS (*Home, Education/Employment, Eating, Activities, Drugs, Sexuality, Safety and Suicide*)-Rumah, Pendidikan/Pekerjaan, Kegiatan, Obat-obatan, Masalah Kesehatan Seksual, Keamanan dan Bunuh Diri) dilakukan pada tahap tanggap darurat krisis kesehatan di fasilitas kesehatan. Instrumen ini merupakan alat bantu tenaga kesehatan. Tenaga kesehatan mungkin merasa kewalahan ketika menangani remaja di fasilitas kesehatan karena merasa tidak siap atau tidak memiliki bekal yang cukup untuk menangani kebutuhan sosial dan emosional remaja. Komunikasi secara langsung merupakan senjata yang ampuh. Selama konsultasi klinis, tenaga kesehatan berada dalam posisi yang unik dengan melakukan kontak tatap muka dengan remaja. Mendengarkan dan mendiskusikan masalah dengan remaja mungkin memiliki dampak positif pada kesehatan dan hasil kesehatan reproduksi remaja.

Mengingat peningkatan risiko yang dihadapi oleh banyak remaja selama situasi krisis, tenaga kesehatan perlu meluangkan waktu melakukan penilaian individu dengan menggunakan instrumen penilaian *HEEADSSS* untuk mengidentifikasi remaja berisiko tinggi dan memberikan konseling segera atau menghubungkan remaja dengan sistem pendukung segera setelah situasi memungkinkan. Instrumen penilaian *HEEADSSS* digunakan selama pertemuan tatap muka dengan remaja dan berlangsung minimal 15 - 30 menit. Untuk setiap kategori, tenaga kesehatan mengajukan pertanyaan yang akan memberikan informasi tentang indikator pelindung dan risiko. Jika indikator risiko teridentifikasi, maka tenaga kesehatan mengambil tindakan dengan menawarkan dukungan konseling atau menghubungkan remaja dengan dukungan atau pelayanan yang tepat.

Ketika menerapkan instrumen ini, tenaga kesehatan harus menggunakan bahasa sederhana yang disesuaikan dengan tingkat perkembangan remaja. Jangan menggunakan istilah teknis yang mungkin membingungkan atau mengancam, tidak “berbicara seperti merendahkan.” Mulailah dengan pertanyaan

tentang hal-hal yang umum tentang dirinya (rumah, sekolah, kegiatan) dan untuk masalah yang lebih sensitif (obat-obatan, masalah kesehatan seksual, citra diri, dll.) dapat disampaikan agar remaja nyaman berbagi perasaannya. Tunjukkan keterampilan komunikasi yang baik dengan klien remaja: menghormati, menunjukkan empati dan tidak pernah menghakimi.

Dengarkan dan biarkan remaja berbicara, jangan memotong pembicaraannya, hindarkan gerakan yang mengganggu seperti melihat jam berulang kali, atau memberikan sinyal lain yang mungkin bisa membuat remaja merasa terburu-buru, tidak nyaman, atau terhambat. Remaja harus merasa bahwa dia dapat mempercayai tenaga kesehatan dan merasa yakin bahwa jawabannya akan dirahasiakan. Bersiaplah untuk memberikan konseling sederhana “langsung di tempat,” juga memberikan rujukan untuk pelayanan kesehatan jiwa dan dukungan psikososial, perlindungan, mata pencaharian atau lainnya, sesuai kebutuhan.

Pertanyaan dan tindakan dalam panduan ini adalah contoh yang menggambarkan penilaian *HEEADSSS* dalam situasi darurat. Karena membutuhkan waktu lama, penilaian *HEEADSSS* tidak tepat digunakan dalam situasi tanggap darurat dan disarankan untuk melakukan pertemuan tatap muka dengan remaja setelah situasi stabil. Adapun bentuk penilaian *HEEADSSS* yang telah di adaptasi dalam program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) terdapat pada Formulir 4.

b. Daftar Tilik Pelayanan Kesehatan reproduksi remaja

Pada *tahap pasca krisis kesehatan* dan pada saat pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif mulai dilaksanakan, penting bagi tenaga kesehatan untuk mempertimbangkan bagaimana menyesuaikan pelayanan agar menjadi “ramah remaja,” dapat diterima, mudah diakses dan tepat untuk remaja laki-laki dan perempuan. Memberikan pelayanan ramah remaja dan sensitif gender secara langsung mengatasi beberapa hambatan eksternal dan struktural yang dihadapi oleh remaja perempuan dan laki-laki dan secara tidak langsung dapat membantu menghilangkan beberapa hambatan internal yang mencegah remaja datang ke pelayanan kesehatan reproduksi.

Standar untuk pelayanan kesehatan reproduksi ramah remaja adalah pelayanan yang “aman, efektif dan terjangkau, memenuhi kebutuhan individu kaum muda (remaja laki-laki dan perempuan) yang datang kembali ketika memerlukan dan merekomendasikan pelayanan ini kepada temannya.” (WHO, 2002). Pelayanan kesehatan reproduksi ramah remaja berkualitas:

- *Adil* karena inklusif remaja dan menjangkau sub kelompok yang paling berisiko
- *Efektif* karena diberikan oleh tenaga kesehatan yang kompeten secara teknis, terlatih dan tahu bagaimana berkomunikasi dengan remaja
- *Efisien* karena tidak menya-nyikan sumber daya
- *Akses merata* bagi remaja perempuan maupun laki-laki
- Dan *terjangkau* atau gratis untuk remaja

Keterlibatan remaja dalam perencanaan dan monitoring pelayanan juga meningkatkan kualitas layanan karena memastikan bahwa pelayanan dapat diterima oleh remaja dan meningkatkan kemungkinan bahwa remaja akan merekomendasikan pelayanan kepada rekan sebaya mereka. (WHO, 2002). Adapun pemantauan pencapaian standar pelayanan kesehatan peduli remaja melalui standar nasional pelayanan kesehatan peduli remaja tahun 2014 terdapat pada **Formulir 5**.

3. Hasil Penilaian Kebutuhan Kesehatan Reproduksi Remaja

Setelah dilakukan *Rapid Health Assesment (RHA)*, analisis situasi kesehatan reproduksi remaja dan penilaian berbasis fasilitas, tim kesehatan reproduksi dapat menyimpulkan kebutuhan remaja pada situasi krisis kesehatan dan mengembangkan intervensi PPAM kesehatan reproduksi remaja sesuai dengan kebutuhan remaja. Hasil penilaian ini bukan untuk menilai baik buruknya sebuah program yang ada saat situasi krisis kesehatan, namun untuk memastikan paket pelayanan awal minimum untuk kesehatan reproduksi remaja yang selama ini sering terabaikan dapat diberikan sesuai dengan kebutuhan remaja. Proses penilaian ini membutuhkan waktu yang lama, sehingga walaupun hasil penilaian ini masih berjalan, tetapi pelaksanaan paket pelayanan awal minimum kesehatan reproduksi remaja harus tetapi diberikan.

Data kebutuhan remaja, temuan lapangan, intervensi proses serta hasil monitoring dan evaluasi harus di informasikan setiap saat. Hasil assesment dilaporkan oleh koordinator kesehatan reproduksi remaja kepada koordinator sub kluster kesehatan reproduksi, kemudian koordinator sub kluster kesehatan reproduksi akan melaporkan hasilnya kepada PKK sebagai koordinator kluster kesehatan pada pertemuan-pertemuan koordinasi.

| Instrumen | Tahapan | Instrumen | Tujuan | Teknik Pengambilan Data | Enumerator |
|------------------------------|----------------------------------|--|--|---|---|
| Instrumen Penilaian Remaja | Tanggap Darurat Krisis Kesehatan | RHA untuk kesehatan reproduksi remaja | Informasi demografis penting dan mengidentifikasi remaja yang rentan pada situasi tanggap darurat krisis kesehatan | Kuantitatif, Survei Cepat | Remaja/Tim RHA (Di isi oleh Remaja/Tim RHA) |
| | Tanggap Darurat Krisis Kesehatan | Analisis Situasi Untuk Kesehatan reproduksi remaja | Informasi tentang status <i>baseline</i> /data awal kebutuhan dan pelayanan kesehatan reproduksi remaja dan membantu lembaga memprioritaskan intervensi saat pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif diperkenalkan | Data Sekunder, Pemetaan Masyarakat, Penilaian Fasilitas. Wawancara Mendalam dan FGD untuk populasi kunci) | Remaja (Di isi oleh Remaja) |
| | Pasca Krisis Kesehatan | Survey Kesehatan reproduksi remaja | Instrumen ini dimaksudkan untuk melengkapi Paket Instrumen Penilaian Kesehatan Reproduksi tentang pengetahuan, sikap dan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan reproduksi dan masalah kesehatan seksual remaja | Kuantitatif (Survei) | Remaja (Di isi oleh responden) |
| Instrumen berbasis fasilitas | Tanggap Darurat Krisis Kesehatan | Penilaian HEEDSSS | Mengidentifikasi remaja berisiko tinggi dan memberikan konseling segera atau menghubungkan remaja dengan sistem pendukung (Alat Bantu Nakes Konseling) | Konseling dan Wawancara Mendalam | Tenaga Kesehatan (Di isi oleh Nakes) |
| | Pasca Krisis Kesehatan | Daftar Tilik Pelayanan Kesehatan reproduksi remaja | Mengkaji pelayanan kesehatan reproduksi ramah remaja yang saat ini diberikan di fasilitas atau untuk membantu merencanakan pelayanan ramah remaja yang akan diberikan, ketika pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif mulai dilaksanakan | <i>Check List</i> | Remaja/Tim Kesehatan Reproduksi Remaja (Di isi oleh Remaja/Tim Kesehatan Reproduksi Remaja) |

BAB VI

INTERVENSI KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA PADA SITUASI KRISIS KESEHATAN



BAB VI INTERVENSI KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA PADA SITUASI KRISIS KESEHATAN

6.1. Standar Minimum Intervensi dan Matriks Pelayanan PPAM KRR

Setelah diketahui data awal/dasar kesehatan reproduksi remaja dalam masyarakat, penanggung jawab program kesehatan reproduksi remaja dapat mengidentifikasi kemungkinan intervensi program yang dapat dilakukan. Standar intervensi kesehatan reproduksi dan pelayanan kesehatan reproduksi yang komprehensif tergambar dalam tabel 6.1:

Tabel 6.1
Pelayanan PPAM yang mencakup remaja

| Matriks pelayanan PPAM yang mencakup remaja | | |
|---|---|--|
| Komponen | PPAM Kesehatan Reproduksi (Tanggap Darurat Krisis Kesehatan) | Perencanaan Pelayanan Kesehatan Reproduksi yang Komprehensif (Pasca Krisis Kesehatan) |
| Kekerasan Berbasis Gender | <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan perawatan klinis untuk penyintas kekerasan seksual • Memberikan pelayanan ramah remaja untuk penyintas kekerasan seksual di fasilitas kesehatan • Mengidentifikasi jejaring rujukan multi-sektoral untuk penyintas kekerasan berbasis gender remaja Bersama dengan klaster kesehatan dan sub- klaster kesehatan reproduksi • Mendorong remaja berpartisipasi dalam gugus tugas pencegahan kekerasan berbasis gender multi-sektoral • Remaja dapat membantu untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang masalah kekerasan seksual, strategi pencegahan, dan pelayanan yang tersedia untuk penyintas • Melibatkan kader untuk memfasilitasi penyintas kekerasan seksual remaja dengan pelayanan kesehatan | <ul style="list-style-type: none"> • Melibatkan tokoh remaja, orang tua dan tokoh masyarakat dalam penyusunan strategi pencegahan kekerasan berbasis gender di masyarakat • Melibatkan pemuda dalam penyuluhan kepada masyarakat tentang pencegahan kekerasan berbasis gender • Meningkatkan kesadaran masyarakat tentang masalah kekerasan berbasis gender, strategi pencegahan, dan memberikan bantuan yang tersedia untuk penyintas • Melaksanakan sosialisasi tentang kekerasan berbasis gender dan konsekuensinya kepada anggota dari tim • Membentuk kelompok dukungan sebaya |

| | | |
|--|---|--|
| Pelayanan Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir | <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan pelayanan ramah remaja di fasilitas kesehatan • Berkoordinasi dengan klaster kesehatan dan sektor lain untuk mengidentifikasi remaja hamil di masyarakat dan menghubungkannya dengan pelayanan kesehatan • Bekerja sama dengan dukun dan kader untuk membawa ibu hamil yang berusia remaja ke fasilitas pelayanan kesehatan. • Mendorong semua ibu hamil berusia remaja untuk bersalin di fasilitas kesehatan | <ul style="list-style-type: none"> • Meningkatkan kesadaran masyarakat tentang risiko kehamilan di usia remaja dan pentingnya bersalin dengan di fasilitas kesehatan • Memberikan dukungan jiwa dan psikososial kepada ibu hamil berusia remaja |
| IMS, termasuk pencegahan dan pengobatan HIV | <ul style="list-style-type: none"> • Memastikan ketersediaan pelayanan pencegahan dan pengobatan IMS dan HIV di fasilitas kesehatan • Memastikan bahwa pelayanan kesehatan yang ramah remaja tersedia dan remaja dapat mengaksesnya | <ul style="list-style-type: none"> • Meningkatkan kesadaran remaja tentang adanya pelayanan pencegahan dan pengobatan untuk IMS dan HIV • Melatih tenaga kesehatan untuk memberikan pelayanan IMS dan HIV yang ramah remaja • Melatih remaja pada situasi krisis untuk dapat memberikan penyuluhan tentang pencegahan dan penularan IMS dan HIV, serta memastikan adanya pemeriksaan dan pengobatan serta merujuk ke fasilitas kesehatan IMS dan HIV • Menyusun program pencegahan dan penularan HIV pada kelompok rentan (remaja) bagi konselor sebaya/kader kesehatan remaja atau karang taruna. |

6.2. Pintu Masuk Kesehatan Reproduksi Dalam Program Remaja Yang Sudah Ada

Banyak hambatan yang menyulitkan remaja dalam mengakses informasi dan pelayanan kesehatan reproduksi, sehingga penting untuk mencari alternatif yang lebih efektif dalam menjangkau remaja. Matriks di bawah ini berisi program remaja non-kesehatan reproduksi yang mungkin ada di masyarakat pada tahap awal pasca tanggap darurat krisis kesehatan. Melalui matriks berikut dapat dilakukan langkah awal yang dapat digunakan dalam memberikan informasi kesehatan reproduksi kepada remaja dan menghubungkan sub kelompok ini dengan pelayanan kesehatan reproduksi, baik di fasilitas maupun yang ada di masyarakat. Disamping itu juga akan berguna sebagai bahan acuan dalam pertemuan koordinasi kesehatan reproduksi dan multi-sektoral yang membahas masalah kesehatan reproduksi.

| Pintu Masuk | Kegiatan |
|---|---|
| Sekolah | <ul style="list-style-type: none"> • Pendidikan kesehatan reproduksi remaja di usia sekolah dapat diberikan melalui Pendidik sebaya, konselor sebaya, Kader Kesehatan Remaja, Pramuka, PMR dan UKS • Guru atau perawat sekolah dilatih untuk memberikan pendidikan kesehatan reproduksi, termasuk pendidikan tentang pubertas dan menstruasi, gender dan masalah kesehatan seksual; pencegahan HIV; kekerasan berbasis gender, Pendidikan Keterampilan Hidup Sehat (PKHS), sesuai usia seperti mengidentifikasi nilai dan memahami konsekuensi perilaku untuk semua remaja • Melatih guru untuk mengidentifikasi remaja berisiko tinggi dan mengembangkan untuk memfasilitasi kelompok ini dengan pelayanan kesehatan reproduksi remaja |
| Komunitas Remaja | <ul style="list-style-type: none"> • Melakukan sosialisasi informasi kesehatan reproduksi remaja yang komprehensif termasuk informasi tentang pelayanan kesehatan yang tersedia pada komunitas remaja seperti remaja masjid, remaja gereja, dan remaja berbasis hobi (drama, musik olahraga, dan lain-lain). • Mengundang konselor sebaya/kader kesehatan remaja/pramuka untuk memberikan sesi informasi kesehatan reproduksi remaja sebelum sesi olahraga • Melatih pembina olahraga untuk memberikan informasi kesehatan reproduksi remaja ke sesi olahraga • Mendorong pemimpin kelompok untuk menyediakan ruang khusus untuk konseling dan tes HIV jika diperlukan di fasilitas kesehatan • Menjadwalkan klinik kesehatan/kesehatan reproduksi dalam kegiatan dan pertemuan remaja |
| Program pelatihan kejuruan atau keterampilan; program pendidikan non formal luar sekolah bagi remaja | <ul style="list-style-type: none"> • Melibatkan konselor sebaya/kader kesehatan remaja/karang taruna sebagai pembicara dalam pertemuan sesi bulanan untuk remaja luar sekolah dengan topik kesehatan reproduksi remaja • Bekerja sama dengan pengelola program untuk membangun sistem dalam memfasilitasi remaja berisiko tinggi untuk mengakses informasi dan pelayanan kesehatan reproduksi remaja |

| Pintu Masuk | Kegiatan |
|---|---|
| <p>Program pemulihan, demobilisasi dan reintegrasi</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Melatih konselor sebaya tentang pentingnya konseling HIV, perawatan dan pengobatan (termasuk PPIA) untuk anak perempuan dan laki-laki dengan HIV+ • Mengidentifikasi teman sebaya yang belum masuk dalam program pemulihan, demobilisasi, dan reintegrasi (khususnya anak perempuan dan remaja) dan memperkenalkan program Pendidikan Keterampilan Hidup Sehat (PKHS), serta informasi pelayanan kesehatan reproduksi • Bekerja dengan pengelola program untuk mengidentifikasi remaja berisiko tinggi dan memfasilitasi untuk mengakses pelayanan kesehatan reproduksi • Menyiapkan masyarakat dengan cara meningkatkan pengetahuan dan pendidikan serta penyuluhan; serta memberikan perhatian khusus pada mitos yang beredar di masyarakat yang dapat menimbulkan stigma atau diskriminasi untuk menerima kembalinya remaja yang membutuhkan perhatian seperti remaja dengan HIV. • Memberikan pelatihan kesehatan reproduksi dan PKHS untuk remaja laki-laki dan perempuan yang terpisah dari keluarganya termasuk penyuluhan tentang pencegahan HIV, kekerasan berbasis gender, dan masalah kesehatan seksual dan reproduksi lainnya |
| <p>Media dan komunikasi</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Mendukung remaja untuk mengembangkan program dan menyiarkan informasi pelayanan kesehatan reproduksi melalui media radio, sms, media sosial dan menginformasikan pelayanan kesehatan ramah remaja yang tersedia. Mengikutsertakan remaja dalam pembahasan topik kesehatan reproduksi remaja melalui koran, poster, <i>fact sheet</i>, media sosial, infografis, blog, video, dan lain sebagainya. |

BAB VII

MONITORING DAN EVALUASI



BAB VII MONITORING DAN EVALUASI

Monitoring dan evaluasi dilakukan pada setiap tahapan krisis kesehatan. Dalam pelaksanaan PPAM kesehatan reproduksi remaja, monitoring dan evaluasi digunakan sebagai dasar penyusunan program, dan yang dipantau dalam kegiatan monitoring dan evaluasi ini adalah sebagai berikut:

1. Memastikan keberhasilan atau kegagalan/hambatan pelaksanaan kegiatan paket pelayanan awal minimum termasuk mengidentifikasi permasalahan atau kendala selama pelaksanaan PPAM kesehatan reproduksi remaja
2. Memperkuat akuntabilitas dalam pelaksanaan program dan transparansi hasil dari pelaksanaan kegiatan
3. Memastikan penggunaan kit kesehatan reproduksi (*Hygiene Kit*) pada individu
4. Memastikan kesiapan pelayanan kesehatan reproduksi remaja yang komprehensif

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

1. Menentukan waktu yang tepat untuk transisi ke pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif
2. Menentukan waktu yang tepat penyampaian hasil monitoring dan evaluasi, untuk menjadi dasar pertanggung jawaban dan dasar pembuatan ke putusan untuk menentukan langkah transisi berikutnya serta menentukan waktu dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi remaja yang komprehensif. Penggunaan hasil secara tepat juga akan memastikan bahwa kegiatan dilaksanakan secara berkelanjutan, sesuai konteks dan kebutuhan masyarakat.

7.1. Cara Melakukan Monitoring PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja

Pada tahap tanggap darurat krisis kesehatan, monitoring dilakukan secara berkala setelah satu atau dua minggu pelaksanaan PPAM kesehatan reproduksi. Minimal, data bulanan harus tersedia untuk diinformasikan sebagai bahan untuk penyusunan program. Monitoring dilakukan untuk setiap komponen PPAM dengan menggunakan indikator kualitatif dan kuantitatif pada *Formulir 6*.

Pada tahap pasca krisis atau ketika kondisi telah stabil monitoring dilakukan dengan menggunakan mekanisme yang sudah ada dan digunakan pada situasi normal. Monitoring rutin dilakukan dengan menggunakan mekanisme yang ada untuk remaja, sistem monitoring P2TP2A untuk penanganan kasus kekerasan dan laporan IMS, HIV/AIDS yang dilakukan rutin setiap bulan.

7.2. Evaluasi

Tujuan evaluasi adalah untuk menganalisa efisiensi dan efektivitas program. Evaluasi dilakukan dengan membandingkan kegiatan program dan pelayanan (keluaran/output) dengan manfaat (hasil/outcome) dan dampak kesehatan masyarakat serta membantu para petugas kesehatan reproduksi dan remaja yang terlibat dalam menentukan hal-hal yang bisa dijadikan contoh/pembelajaran dalam memenuhi tujuan yang telah ditetapkan.

7.2.1. Waktu Evaluasi

Evaluasi dilakukan di akhir pelaksanaan kegiatan

7.2.2. Instrumen Evaluasi

Evaluasi menggunakan metode-metode *assessment* sistematis untuk mengukur aspek kualitatif maupun kuantitatif dari penyelenggaraan pelayanan. Salah satu metode yang dapat digunakan adalah wawancara dengan informan kunci, misalnya ketua karang taruna, kader remaja, remaja masjid atau anggota masyarakat yang terkena dampak untuk mendapatkan informasi terkait kualitas kegiatan dan penerimaan/penilaian masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan. 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 reproduksi secara kualitatif. Pengkajian data yang dikumpulkan dari sistem monitoring juga harus dilihat sebagai bagian dari proses evaluasi.

7.2.3. Data yang dibutuhkan untuk evaluasi

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

1. Efektivitas dari kegiatan: apakah kegiatan sudah mencapai tujuan yang ditentukan?
2. Efisiensi dari kegiatan: apakah sumber daya yang ada telah dimanfaatkan secara efisien termasuk sumber daya manusia, peralatan dan pemanfaatan dana dll?
3. Relevansi dari kegiatan: apakah kegiatan yang dilaksanakan sudah sesuai dengan kebutuhan dari masyarakat yang terkena bencana?
4. Dampak dan kesinambungan kegiatan: apakah kegiatan memberikan dampak yang baik kepada masyarakat dan dapat dilanjutkan setelah bencana selesai?
5. Permasalahan: Apakah masalah yang dialami dalam mengimplementasikan kegiatan dan bagaimana solusi untuk mengatasi masalah tersebut?
6. Proses pembelajaran: pelajaran apakah yang didapatkan selama pelaksanaan kegiatan yang penting untuk perbaikan ke depan yang didapat selama pelaksanaan kegiatan?
7. Rekomendasi apa yang dapat disampaikan untuk peningkatan kualitas pelayanan. Lihat Formulir 7 untuk melihat detail lembar evaluasi.

7.2.4. Penanggung Jawab evaluasi

Kegiatan evaluasi harus dilakukan seobyektif mungkin dan tidak bias. Evaluator sebaiknya orang yang independen dan tidak memiliki keterkaitan dengan program. Jika evaluator/orang yang melakukan evaluasi juga terlibat dalam koordinasi atau pengelolaan kegiatan, terkadang sulit bagi evaluator untuk tetap netral dan melihat kegiatan dengan tidak memihak atau berat sebelah.

7.2.5. Analisis dan Diseminasi Hasil Evaluasi

Evaluasi harus mencerminkan apa yang berjalan dengan baik maupun apa yang tidak/masih memiliki hambatan pelaksanaannya, agar hasilnya dapat membawa pada peningkatan/perbaikan dalam perencanaan dan rancangan kegiatan. Umpan balik di awal harus diberikan kepada penanggungjawab/pengelola kegiatan dan para penyedia pelayanan untuk memastikan bahwa masalah-masalah yang teridentifikasi dapat ditangani dengan segera sebelum menjadi persoalan atau risiko.

FORMULIR 1**Instrumen *Rapid Health Assessment (RHA)*****Dilakukan pada masa tanggap darurat krisis kesehatan**

RHA dilaksanakan selama **72 jam pertama tahap tanggap darurat krisis kesehatan** dengan tujuan untuk mengumpulkan data demografi dan mengidentifikasi permasalahan penyelamatan jiwa yang harus segera ditangani untuk memastikan kesejahteraan populasi penerima manfaat. Pelaksanaan pengisian penilaian awal cepat:

1. Petugas pengambil data adalah tim kesehatan reproduksi dengan melibatkan remaja
2. Jika tidak memungkinkan dilakukan pengambilan data langsung kepada remaja. Data Nomor 1, 2, 3 dapat diambil dengan menggunakan estimasi data jumlah pengungsi dari tim RHA
3. Data Nomor 4 dan 5 diambil dengan melakukan pendataan langsung dengan melakukan wawancara kepada remaja

Tabel 1**Tabel *Rapid Health Assessment* untuk Kesehatan reproduksi remaja**

| Rapid Health Assessment untuk kesehatan reproduksi remaja | | | | |
|---|--|-----------|-----------|---|
| No | DATA DEMOGRAFI REMAJA | Perempuan | Laki-laki | Keterangan |
| 1 | Jumlah remaja (10-14 tahun), di pilah berdasarkan jenis kelamin ²⁶ | | | Jika data tidak tersedia, data remaja usia 10-19 tahun dapat diestimasi sebesar 18,3% ²⁷ (dari data jumlah pengungsi (Tanpa melihat jenis kelamin) |
| 2 | Jumlah remaja (15-19 tahun), dipilah berdasarkan jenis kelamin | | | |
| 3 | Jumlah remaja (20-24 tahun), dipilah berdasarkan jenis kelamin | | | Jika data tidak tersedia, data remaja usia 10-24 tahun dapat diestimasi sebesar 27% dari data jumlah pengungsi (Tanpa melihat jenis kelamin) ²⁸ |
| 4 | Jumlah remaja penyandang disabilitas | | | Dapat dilakukan saat pengumpulan data Tim Kesehatan Reproduksi Remaja |
| 5 | Jumlah remaja hamil yang berusia < 15 tahun dan antara 15-19 tahun ²⁹ | | | Dapat dilakukan saat pengumpulan data Tim Kesehatan Reproduksi Remaja |
| | INFORMASI PENUNJANG | Ya | Tidak | Keterangan |
| 11 | Apakah ada pelayanan untuk peningkatan kesehatan jiwa dan dukungan psikososial ? | | | |
| 12 | Apakah toilet laki-laki dan perempuan dipisahkan ? | | | |
| 13 | Apakah di setiap toilet terdapat pintu yang terbuka dengan ditarik keluar? | | | |
| 14 | List organisasi atau komunitas remaja yang ada disekitar | | | |

²⁶ Mengacu pada definisi remaja awal (10-14 tahun), remaja tengah (15-19 tahun), dewasa muda (20-24 tahun)

²⁷ Mengacu pada hasil Sensus Penduduk Tahun 2010, Badan Pusat Statistik

²⁸ Ibid

²⁹ Penggunaan usia remaja hamil yang berusia kurang dari 20 tahun mengacu pada risiko komplikasi kehamilan dan persalinan yang dialami remaja berusia kurang dari 20 tahun lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok usia 20-24 tahun

FORMULIR 2

Dilakukan pada masa tanggap darurat krisis kesehatan

**PEDOMAN PERTANYAAN DISKUSI KELOMPOK TERARAH (FGD)
ANALISIS SITUASI KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA
PADA SITUASI KRISIS KESEHATAN**

Petunjuk Pelaksanaan FGD

1. FGD terdiri dari 6-12 responden remaja dengan karakteristik yang homogen
 2. Lakukan FGD terpisah pada remaja laki-laki, remaja perempuan yang belum menikah, remaja perempuan dan remaja laki-laki yang sudah menikah, remaja perempuan dan remaja laki-laki yang terpisah dari keluarga, dan kelompok lainnya sesuai kebutuhan
 3. Alokasikan waktu sekitar 30-60 menit untuk melakukan FGD
 4. Perkenalan Fasilitator
 5. Perkenalan Peserta (Nama dan Umur, Untuk remaja perempuan yang sudah menikah ditanyakan umur pertama kali menikah)
 6. Penjelasan Tujuan dan Peraturan FGD
 7. Pertanyaan dibawah ini merupakan contoh panduan pertanyaan FGD yang dapat dikembangkan dan disesuaikan dengan kondisi di lapangan
 8. Fasilitator dapat menyesuaikan pertanyaan dengan melihat situasi dan kondisi bagi responden remaja yang sudah menikah dan belum menikah.
-

Contoh Pertanyaan bagi Responden Remaja

1. Kegiatan apa yang kamu lakukan setiap harinya bila di tempat pengungsian ?
2. Pernahkan kamu mengalami hal yang tidak menyenangkan di tempat pengungsian ?
3. Apakah di lingkungan sekitarmu ada yang melakukan kekerasan secara fisik kepada remaja ?
4. Apakah teman di lingkunganmu ada yang pernah mengalami pelecehan seksual ?
5. Apakah kamu pernah mengalami pelecehan seksual ?
6. Apakah kamu tahu ada anak/remaja perempuan/laki-laki yang dipaksa untuk berhubungan seksual dengan orang lain (tentara/polisi, guru, penanggung jawab tenda pengungsian, dll)
7. Dalam situasi krisis kesehatan, apakah kamu pernah mendengar ada remaja yang dipaksa untuk menikah?
8. Berapa usia menstruasi pertama kali? Apakah kamu mengalami masalah/gangguan menstruasi saat ini ?
9. Apakah remaja perempuan bisa hamil saat pertama kali berhubungan seksual ?
10. Apakah teman di lingkungan kamu ada yang pernah melakukan hubungan seksual ?
11. Apakah di lingkungan kamu ada yang hamil sebelum menikah ? Berapa rata-rata usia menikah di wilayah ini? Berapa rata-rata usia melahirkan di wilayah ini ?
12. Bagaimana teman di lingkungan kamu yang berhubungan seksual mencegah agar tidak hamil ?
13. Apakah kamu tahu ada infeksi yang dapat ditularkan melalui hubungan seksual ? Apa Jenisnya? Bagaimana cara mencegahnya ?

14. Apa yang kamu lakukan jika kamu punya masalah atau pertanyaan seputar kesehatan reproduksi? Kemana kamu mencari informasi atau fasilitas pelayanan?
15. Apakah kamu dapat mengakses fasilitas pelayanan kesehatan reproduksi?
16. Apakah ada orang tua, guru atau orang dewasa lainnya yang membantu menangani masalah kesehatan reproduksi?
17. Apakah kamu pernah berdiskusi tentang kesehatan reproduksi, hubungan seksual, cara mencegah kehamilan, HIV/AIDS, infeksi menular seksual, dan narkoba?
18. Apakah di lingkunganmu ada yang merokok?
19. Apakah di lingkunganmu ada yang suka mabuk-mabukan?
20. Apakah di lingkunganmu ada yang suka memakai obat-obatan terlarang? Bagaimana cara menggunakannya?

FORMULIR 3**Survey Kesehatan Reproduksi Remaja****Dilakukan pada masa pasca krisis kesehatan****Petunjuk Pengisian**

1. Berikan penjelasan terkait dengan tujuan survei atau pengumpulan data ini
2. Nama atau data responden tidak perlu di tulis
3. Responden dapat mengisi sendiri instrumen ini. Jika terdapat kesulitan pengisian instrumen, petugas pengambil data dapat membantu proses pengambilan data
4. Pastikan responden mendapatkan tempat yang nyaman untuk pengisian data

IZIN KESEDIAAN MENJADI RESPONDEN (INFORMED CONSENT)

[DITANYAKAN KEPADA CALON RESPONDEN. BILA SETUJU UNTUK MENJADI RESPONDEN DALAM SURVEI, MAKA PENGISIAN KUESIONER/ ANGKET DIMULAI. BILA RESPONDEN TIDAK SETUJU AKHIRI DAN CARI CALON RESPONDEN LAIN SESUAI DENGAN RENCANA SAMPLING]

Selamat siang/sore. Kami dari sedang bekerja untuk, bermaksud untuk melakukan pengumpulan data tentang pengetahuan, sikap dan pemanfaatan layanan kesehatan reproduksi dan masalah kesehatan seksual remaja pada situasi krisis kesehatan. Kami akan menanyakan beberapa pertanyaan dalam bentuk pengisian kuesioner yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi dan masalah kesehatan seksual. Informasi yang kamu berikan akan berguna sekali untuk membantu kami menyusun program kesehatan kesehatan reproduksi pada remaja dalam situasi krisis kesehatan. Pengisian kuesioner akan memakan waktu selama setengah jam. Informasi yang kamu berikan akan dijaga kerahasiaannya dan tidak akan diketahui oleh siapapun termasuk pihak sekolah. Partisipasi dalam survei ini bersifat sukarela dan kamu berhak menolak untuk menjawab pertanyaan dalam kuesioner. Kami sangat berharap kepada kamu untuk bersedia ikut berpartisipasi pada survei ini karena pendapat kamu sangat penting bagi pengembangan intervensi program kesehatan reproduksi remaja pada situasi krisis kesehatan

Note: cek dulu di atas ada pembahasan ttg perilaku seksual remaja , kalau ada diganti dengan masalah kesehatan reproduksi seksual remaja

01. Apakah kamu telah memahami penjelasan kami? 1. Ya 2. Tidak
02. Apakah kamu **setuju untuk menjawab kuesioner**? 1. Ya 2. Tidak → Jika Tidak STOP disini
403. Alasan jika menolak menjawab kuesioner

“Saya menyatakan bahwa *informed consent* sudah dibacakan dan saya bersedia secara sukarela dan sadar untuk menjawab pertanyaan dalam kuesioner ini.”

Tanda tangan responden :

**Survey Kesehatan Reproduksi Remaja Komprehensif dengan menggunakan instrument
dari Center of Disease Control and Prevention (CDC)**

Bagian I Pelayanan Kesehatan reproduksi remaja: Pengetahuan, Sikap dan Pemanfaatan

Pertanyaan-pertanyaan dapat ditanyakan setelah Bagian 1: Latar Belakang Karakteristik Instrumen CDC

| No | Pertanyaan | Ya | Tidak | Tidak Tahu | Keterangan |
|--|---|----|-------|------------|---|
| 1 | Apakah di lingkungan kamu, ada tempat yang dapat dikunjungi remaja seusiamu untuk berbicara dan mencari tahu informasi tentang masalah kesehatan seksual, infeksi menular seksual, HIV / AIDS, kontrasepsi dll? | | | | |
| 2 | Apakah kamu mengetahui jenis pelayanan kesehatan reproduksi yang tersedia untuk remaja di lingkungan kamu saat ini? | | | | |
| | 1. Pendidikan Kesehatan Reproduksi dan konseling | | | | |
| | 2. Pelayanan Kesehatan Reproduksi | | | | |
| | 3. Pelayanan Keluarga berencana | | | | |
| | 4. Pengobatan dan konseling IMS | | | | |
| | 5. Pengobatan dan konseling HIV/AIDS | | | | |
| | 6. Pemeriksaan kehamilan dan pertolongan persalinan bagi ibu hamil yang berusia remaja | | | | |
| 7. Dukungan kesehatan jiwa dan psikososial | | | | | |
| No | Pertanyaan | Ya | Tidak | Tidak Tahu | Ingin tetapi layanan tidak tersedia/tidak dapat diakses |
| 3 | Apakah kamu pernah mengunjungi fasilitas kesehatan atau tempat lain untuk mendapatkan pelayanan kesehatan reproduksi saat tanggap darurat bencana ? | | | | |
| | | | | | |
| 4 | Apakah kamu pernah mengunjungi fasilitas kesehatan atau tempat lain untuk mendapatkan pelayanan kesehatan reproduksi pasca bencana ? | | | | |
| | | | | | |

| 5 | Apa alasan kunjungan terakhir kamu ke fasilitas kesehatan untuk pelayanan reproduksi? | | | | |
|----|---|----|-------|------------|------------|
| | a. Pendidikan dan konseling terkait kesehatan reproduksi | | | | |
| | b. VCT untuk HIV | | | | |
| | c. Pelayanan Keluarga Berencana bagi remaja yang sudah menikah | | | | |
| | d. Pengobatan dan konseling IMS | | | | |
| | e. Pemeriksaan kehamilan dan pertolongan persalinan bagi ibu hamil berusia remaja | | | | |
| | f. Vaksinasi | | | | |
| | g. Dukungan kesehatan jiwa dan psikososial | | | | |
| | h. Lain-lain (sebutkan) _____ | | | | |
| No | Pertanyaan | Ya | Tidak | Tidak Tahu | Keterangan |
| 6 | Apakah kamu akan datang kembali ke fasilitas kesehatan? | | | | |
| 7 | Bila tidak, apa alasannya ? | | | | |
| | 1. Menghabiskan terlalu banyak waktu | | | | |
| | 2. Terlalu sulit pergi kesana | | | | |
| | 3. Terlalu mahal | | | | |
| | 4. Terlalu memalukan | | | | |
| | 5. Tidak cukup privasi | | | | |
| | 6. Perlakuan tidak bersahabat dari petugas | | | | |
| | 7. Tidak ada staf yang sama jenis kelaminnya | | | | |
| | 8. Lain-lain (sebutkan) _____ | | | | |
| 8 | Dengan siapa kamu berkonsultasi di fasilitas kesehatan ketika kamu pergi terakhir kali? | | | | |
| | 1. Dokter | | | | |
| | 2. Perawat | | | | |
| | 3. Bidan | | | | |
| | 4. Pendidik/konselor sebaya | | | | |
| | 5. Lain-lain (sebutkan) _____ | | | | |

| | | | | | |
|-------------------------------|--|--|--|--|--|
| 9 | Apakah petugas pelayanan kesehatan yang kamu temui: | | | | |
| | 1. Memberikan informasi sesuai dengan kebutuhan | | | | |
| | 2. Ramah dan sopan | | | | |
| | 3. Perhatian | | | | |
| | 4. Komunikatif | | | | |
| | 5. Hormat | | | | |
| | 6. Memberikan rasa aman dan menjaga kerahasiaan kamu | | | | |
| | 7. Pendengar yang baik | | | | |
| 10 | 8. Dapat memberikan pilihan terhadap masalah kamu | | | | |
| | Apakah kamu merasa nyaman pergi ke fasilitas kesehatan yang ada di daerah kamu untuk pelayanan kesehatan reproduksi? Bila iya, lanjutkan ke pertanyaan nomor 10. Bila tidak, lanjutkan ke pertanyaan nomor 11. | | | | |
| 11 | Mengapa kamu tidak merasa nyaman pergi ke fasilitas kesehatan di daerah kamu untuk pelayanan kesehatan reproduksi? | | | | |
| | 1. Tidak dijaga kerahasiaannya | | | | |
| | 2. Terlalu malu | | | | |
| | 3. Staf tidak ramah | | | | |
| | 4. Terlalu mahal | | | | |
| 5. Lain-lain (sebutkan) _____ | | | | | |

Bagian II Perilaku Masalah Kesehatan Seksual Remaja

No. Responden :

Dilakukan pada masa pasca krisis kesehatan

**DI ISI OLEH
REMAJA****PETUNJUK PENGISIAN :**

1. Jawablah pertanyaan berikut dengan cara memberikan tanda *check list* (V) pada jawaban yang kamu anggap benar, tepat dan sesuai.
2. Nama kamu serta identitas kamu **tidak perlu ditulis**.
3. Isilah kuesioner ini dengan sejujur-jujurnya sebab jawaban kamu terjamin kerahasiannya.
4. Jawaban kamu hanya akan di gunakan untuk kepentingan ilmiah penelitian saja dan tidak akan di sebarluaskan kemanapun.
5. Tidak dibenarkan bertanya kepada teman, hanya diperbolehkan bertanya pada petugas/pendamping yang membagikan kuesioner.

Modifikasi Riwayat Masalah Kesehatan Seksual dalam Paket Instrumen CDC

| No | Pertanyaan | Laki-laki | Perempuan | Keterangan |
|----|--|-----------|-----------|-------------|
| 1 | Jenis Kelamin | | | |
| 2 | Usia | | | tahun |
| No | Pertanyaan | Ya | Tidak | Tidak Tahu |
| 3 | Apakah kamu saat ini tinggal bersama dengan orang tua? | | | |
| 4 | Apakah kamu sudah menikah? (jika belum, lanjutkan pertanyaan no.4, kalau sudah lanjutkan ke pertanyaan no.7) | | | |
| 5 | Apakah kamu pernah punya pacar? | | | |
| 6 | Bila iya, apa yang kamu lakukan saat sedang berpacaran? | | | |
| | a. Mengobrol | | | |
| | b. Nonton film berdua | | | |
| | c. Jalan-jalan berdua | | | |
| | d. Berpegangan tangan | | | |
| | e. Berpelukan | | | |
| | f. Cium pipi | | | |
| | g. Cium bibir | | | |
| | h. Mencium leher | | | |
| | i. Meraba-raba bagian tubuh yang sensitif | | | |

| | | | | |
|-----------|---|------------------------|------------------------|-------------------|
| | j. Saling bersentuhan/menempelkan alat kelamin dengan memalai pakaian atau tanpa pakaian | | | |
| | k. Hubungan seks (<i>Making Love</i> /Memasukkan alat kelamin) | | | |
| 7 | Pernahkah kamu melakukan hubungan seksual ? Bila iya, lanjut ke pertanyaan nomor 7 | tahun | | |
| No | Pertanyaan | Sebelum Menikah | Setelah Menikah | Tidak Tahu |
| 7 | Kapan pertama kali kamu melakukan hubungan seksual? | | | |
| No | Pertanyaan | Ya | Tidak | Tidak Tahu |
| 8 | Apa alasan kamu melakukan hubungan seksual yang pertama? | | | |
| | a. Saya melakukannya atas dasar kemauan sendiri | | | |
| | b. Saya dibujuk | | | |
| | c. Saya ditipu | | | |
| | d. Saya dipaksa dengan ancaman (secara fisik memaksa, melukai atau mengancam) | | | |
| | e. Saya dipaksa (menerima uang, makanan, baju, hadiah) | | | |
| | f. Saya diperkosa | | | |
| | g. Saya diharuskan melakukannya sebagai bagian dari pekerjaan saya | | | |
| 9 | Dalam tiga bulan terakhir, apakah kamu melakukan hubungan seksual dengan seseorang? Bila iya, lanjutkan ke nomor 10 | | | |
| 10 | Dalam tiga bulan ini, berapa orang yang telah berhubungan seks dengan kamu? | ____ Kali | | |
| 11 | Dalam tiga bulan ini, siapa orang yang terakhir berhubungan seks dengan kamu ? | | | |
| | a. Pacar (pasangan tetap) | | | |
| | b. Suami/istri | | | |
| | c. Pasangan sementara | | | |
| | d. Majikan | | | |
| | e. Tunangan | | | |
| | f. Pekerja seks | | | |
| | g. Lain-lain_____ | | | |

| | | | | |
|----|---|--|--|--|
| 12 | Saat terakhir kali melakukan hubungan seksual, apakah kamu atau pasangan kamu menggunakan alat pelindung untuk mencegah kehamilan, IMS & HIV? | | | |
| 13 | Selama tiga bulan iniseberapa sering kamu dan pasangan kamu menggunakan alat pelindung untuk mencegah kehamilan, IMS & HIV? | | | |
| | a. Setiap waktu | | | |
| | b. Hampir setiap waktu | | | |
| | c. Kadang-kadang | | | |
| | d. Tidak pernah | | | |
| 14 | Dalam tiga bulan ini apakah kamu pernah membahas keluarga berencana dengan pasangan atau suami/istri kamu? | | | |
| 15 | Apakah teman disekitarmu ada yang pernah melakukan hubungan seksual? | | | |

FORMULIR 4

Dilakukan pada masa tanggap darurat krisis kesehatan

Instrument *HEEADSS (Home, Education/Employment, Eating, Activities, Drugs, Sexuality, Safety and Suicide)*

Memeriksa Kemungkinan Remaja Memiliki Masalah Yang Terkait Dengan Pendidikan Atau Pekerjaan

Menggali keadaan terkait 3 hal utama:

- Tingkat kenyamanan di tempat pengungsian
 - Ada pihak pendukung (remaja merasa aman, bisa bicara secara terbuka serta meminta tolong pada seseorang) di tempat pengungsian
 - Hal yang umumnya terjadi di tempat pengungsian yang bisa menjadi “warisan” perilaku berisiko (kekerasan, termasuk kekerasan seksual, penggunaan alkohol dan penggunaan obat terlarang)
1. Apakah kamu merasa nyaman di tempat pengungsian/sekolah?
 2. Apakah ada hal yang membuat kamu merasa tidak nyaman di tempat pengungsian/sekolah?
 3. Jika merasa tidak nyaman, apa penyebabnya?
 4. Apakah masalah itu sering berulang?
 5. Adakah tempat lain di luar tempat pengungsian/sekolah dimana kamu merasa nyaman? Jika iya, apa yang membuat kamu merasa nyaman?
 6. Apakah ada orang dewasa yang kamu percaya dan nyaman untuk berdiskusi tentang masalahmu?
 7. Apakah di tempat pengungsian, kamu merasa punya teman?
 - Jika punya, bisa ceritakan tentang teman-teman kamu? Apa yang sering mereka lakukan untuk bersenang-senang?
 8. Adakah perilaku dan kebiasaan di tempat pengungsian/sekolah yang menurut kamu tidak baik?
 9. Apakah ada hal lain yang terjadi di tempat pengungsian/sekolah yang ingin kamu ceritakan?

Memeriksa Kemungkinan Remaja Memiliki Masalah Yang Terkait Dengan Pola Makan (*Eating*) -- Jika kamu mengalami stres kamu makan berlebih atau tidak mau makan??

1. Apakah kamu suka dengan menu sarapan, makan siang dan makan malam di tempat pengungsian?
2. Bagaimana pola makan kamu saat kamu stress ? Akan makan berlebihan atau justru nafsu makan menurun?
3. Adakah perubahan berat badan kamu belakangan ini?
4. Apakah yang paling kamu sukai dari tubuh kamu? Dan apa yang tidak kamu sukai dari tubuh kamu?
5. Olahraga atau aktifitas apa yang kamu lakukan?

Memeriksa Kemungkinan Remaja Memiliki Masalah Yang Terkait Dengan Aktifitas

1. Apa yang kamu lakukan saat waktu luang?
2. Apa yang kamu lakukan untuk bersenang-senang?

3. Apa aktifitas favoritmu di tempat pengungsian?
4. Apakah kamu bergabung dalam grup olahraga/hobi tertentu?
5. Siapa teman dekatmu? (di tempat pengungsian/di luar tempat pengungsian)?
6. Apakah kamu punya teman diluar grupmu?
7. Bagaimana hubungan kamu dengan teman sebaya kamu?
8. Apakah pendapat teman-temanmu tentang kamu?

Obat-obatan

1. Banyak remaja seusiamu sudah mulai mengenal rokok atau obat-obatan/alkohol, adakah teman-temanmu yang seperti itu?
2. Bagaimana dengan kamu? Apakah kamu pernah mengonsumsi rokok/alkohol/obat-obatan (narkoba)? Bila jawabannya iya, lanjutkan ke pertanyaan nomor 3. Bila jawabannya tidak, langsung lanjutkan ke poin masalah kesehatan seksual
3. Berapa banyak kamu pakai dan seberapa sering?
4. Bagaimana cara menggunakannya?
5. Bagaimana cara mendapatkannya?
6. Darimana uang untuk membelinya?
7. Adakah efek buruk rokok/narkoba pada kamu?
8. Apakah ada peningkatan jumlah pemakaian zat-zat tersebut akhir-akhir ini?
9. Kegiatan apa yang kamu dan temanmu lakukan saat memakai zat tersebut?

Memeriksa Kemungkinan Remaja Memiliki Masalah Kesehatan Seksual

1. Biasanya remaja seusiamu sudah mulai tertarik dengan pacaran dan hubungan seksual, apakah teman-teman di sekitarmu ada yang sudah pacaran?
2. Apakah kamu pernah pacaran?
3. Apakah kamu pernah melakukan hubungan seksual dengan laki-laki/perempuan atau keduanya? Bila jawabannya tidak, langsung lanjut ke poin selanjutnya (keamanan)
4. Ketika kamu berhubungan seksual, apakah kamu menggunakan pengaman (kondom atau kontrasepsi lainnya?)
5. Bagaimana pendapatmu tentang kontrasepsi dan pencegahan infeksi menular seksual?
6. Apakah kamu pernah mengalami masalah infeksi menular seksual?
7. Apakah kamu pernah mengalami masalah kehamilan yang tidak diinginkan?
8. Bila kamu pernah berhubungan seksual, apakah kamu tertekan saat melakukan hubungan seksual?
9. Apakah kamu pernah mengalami masalah kekerasan seksual?
10. Identifikasi mengenai kemungkinan remaja pernah menjadi korban kekerasan seksual!

Memeriksa Kemungkinan Remaja Memiliki Masalah Terkait Dengan Keamanan

1. Apakah kamu tidak merasa aman berada di tempat pengungsian?

2. Apakah kamu tidak merasa aman berada di tengah masyarakat?
3. Apakah kamu tidak merasa aman di lingkungan bermain?
4. Apakah kamu tidak merasa aman berada di jalan ?

Memeriksa Kemungkinan Remaja Memiliki Masalah Yang Terkait Dengan Bunuh Diri/Depresi

1. Apakah kamu pernah merasa sedih yang sangat dalam?
2. Apakah kamu pernah melakukan tindakan yang dapat membahayakan diri sendiri (melukai diri, membakar atau membuat dirimu dalam situasi tidak aman, termasuk melakukan hubungan seksual yang tidak aman atau tindakan bunuh diri)?
3. Bila nomor 2 dijawab tidak, apa yang dapat mencegahmu untuk melakukan hal tersebut?
4. Apa yang kamu lakukan saat kamu sedih, marah dan terluka?

FORMULIR 5**Dilakukan pada masa pasca krisis kesehatan****Daftar Titik Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja****Untuk Tenaga Kesehatan**

| 1 | STANDAR 1 : SDM KESEHATAN | Ya | Tidak | Tidak Tahu |
|-------|---|----|-------|------------|
| 1.1 | Pengetahuan dan Kompetensi Petugas kesehatan | | | |
| 1.1.1 | Apakah di Puskesmas/Pos Kesehatan ini telah dibentuk Tim PKPR | | | |
| 1.1.2 | Apakah ada pembagian tugas di antara tenaga kesehatan di Puskesmas/Pos Kesehatan ini untuk melaksanakan pelayanan kesehatan remaja | | | |
| 1.1.3 | Apakah ada tenaga kesehatan di Puskesmas/Pos Kesehatan yang terlatih PKPR | | | |
| 1.1.4 | Apakah Puskesmas/Pos Kesehatan telah melaksanakan sosialisasi tentang PKPR ke semua petugas termasuk petugas pendukung | | | |
| 1.1.5 | Apakah di Puskesmas/Pos Kesehatan ini tersedia pedoman tentang PKPR? | | | |
| 1.1.6 | Apakah pedoman tersebut digunakan dalam memberikan pelayanan kepada remaja | | | |
| 1.1.7 | Apakah ada tenaga kesehatan di Puskesmas/Pos Kesehatan yang terlatih Konseling Remaja? | | | |
| 1.2 | Pelayanan Konseling | | | |
| 1.2.1 | Apakah pelayanan konseling bagi remaja ada jadwal tetapnya? | | | |
| 1.2.2 | Apakah dapat melayani permintaan konseling di luar jadwal dengan perjanjian? | | | |
| 1.2.3 | Apakah dapat melayani permintaan konseling di luar jadwal tanpa perjanjian (mendadak)? | | | |
| 1.2.4 | Apakah di Puskesmas/Pos Kesehatan ini tersedia alat bantu audio-visual (mis. leaflet, poster, lembar balik, buku saku, phantom, film) yang MEMADAI/ CUKUP untuk digunakan dalam memberikan pelayanan konseling bagi remaja? | | | |
| 1.2.5 | Apabila dibutuhkan, apakah tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan konseling menggunakan alat bantu audiovisual? | | | |
| 1.2.6 | Apakah di Puskesmas/Pos Kesehatan ini tersedia pedoman untuk memberikan pelayanan konseling bagi remaja? | | | |
| 1.2.7 | Apakah pedoman tersebut SELALU digunakan dalam memberikan pelayanan konseling bagi remaja? | | | |

| | | | | |
|-------|--|--|--|--|
| 2 | STANDAR 2 : FASILITAS KESEHATAN | | | |
| 2.1 | Paket Pelayanan Kesehatan Remaja | | | |
| | Apa sajakah pelayanan bagi remaja yang tersedia/diselenggarakan di dalam gedung Puskesmas/Pos Kesehatan ini? | | | |
| 2.1.1 | Kesehatan reproduksi remaja | | | |
| 2.1.2 | Pencegahan dan penanggulangan masalah kesehatan jiwa | | | |
| 2.1.3 | Pencegahan dan penanggulangan penyalahgunaan NAPZA | | | |
| 2.1.4 | Pencegahan dan penanggulangan kekerasan | | | |
| 2.1.5 | Pencegahan, deteksi dan penanggulangan ISR, IMS | | | |
| 2.1.6 | Pencegahan, deteksi dan penanggulangan HIV/AIDS | | | |
| 2.1.7 | Pencegahan dan penanganan kehamilan pada remaja | | | |
| 2.1.8 | Apakah pedoman untuk menyelenggarakan berbagai pelayanan tersebut tersedia? | | | |
| | Apakah pedoman tersebut digunakan dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi remaja? | | | |
| 2.2 | Pengaturan prosedur, tata laksana dan alur pelayanan bagi remaja guna mencegah <i>missed opportunity</i> , menjamin kerahasiaan, privasi, kenyamanan, dan kecepatan pelayanan di Puskesmas/Pos Kesehatan | | | |
| 2.2.1 | Apakah telah diatur alur pelayanan bagi remaja untuk mencegah terjadinya <i>missed opportunity</i> ? | | | |
| 2.2.2 | Apakah telah diatur pengelolaan rekam medik klien remaja untuk menjamin kerahasiaannya? | | | |
| 2.2.3 | Apakah tersedia ruangan yang terjamin privasinya (yaitu tidak terlihat dan tidak terdengar oleh pihak-pihak yang tidak berkepentingan) untuk melayani remaja? | | | |
| 2.2.4 | Apakah pelayanan bagi remaja tersedia juga di luar jam buka Puskesmas/Pos Kesehatan, untuk menyesuaikan dengan ketersediaan waktu remaja? | | | |
| 2.2.5 | Apakah dilakukan pengaturan sehingga remaja dapat memperoleh pelayanan lebih cepat/tidak perlu menunggu terlalu lama? | | | |
| 2.2.6 | Apakah di Puskesmas/Pos Kesehatan ini tersedia pedoman tentang prosedur, tata laksana dan alur pelayanan bagi remaja untuk mencegah <i>missed opportunity</i> , menjamin kerahasiaan, privasi, kenyamanan dan kecepatan pelayanan? | | | |

| | | | | |
|-------|--|--|--|--|
| 3.1 | Kegiatan KIE | | | |
| 3.1.1 | Apakah Puskesmas/Pos Kesehatan telah mengidentifikasi sektor-sektor terkait yang dapat menyelenggarakan pelayanan KIE bagi remaja di wilayah kerja Puskesmas/Pos Kesehatan ini? (mis. sekolah, pesantren, organisasi berbasis keagamaan, organisasi kepemudaan, LSM) | | | |
| 3.1.2 | Apakah ada identifikasi pembagian peran dan tugas antar berbagai pihak tersebut? | | | |
| 3.1.3 | Apakah ada identifikasi tentang persyaratan petugas yang dapat menyelenggarakan pelayanan KIE bagi remaja? | | | |
| 3.1.4 | Apakah ada alokasi dana yang dapat digunakan untuk menyelenggarakan pelayanan KIE bagi remaja? | | | |
| 3.1.5 | Apakah tersedia materi, bahan-bahan dan alat bantu audio-visual yang digunakan sesuai fase tumbuh kembang remaja dalam menyelenggarakan pelayanan KIE? | | | |
| 3.1.6 | Apakah penyelenggaraan pelayanan KIE menggunakan metode yang sesuai dengan kebutuhan remaja? | | | |
| 3.2 | Konselor dan Pendidik Sebaya /Kader Kesehatan Remaja | | | |
| 3.2.1 | Apakah petugas Puskesmas/Pos Kesehatan melibatkan konselor sebaya dalam melakukan konseling sebaya? | | | |
| 3.2.2 | Apakah petugas Puskesmas/Pos Kesehatan melibatkan pendidik sebaya dalam melakukan penyuluhan kepada remaja? | | | |
| 4 | STANDAR 4: JEJARING | | | |
| 4.1 | Pemetaan Pemangku Kepentingan | | | |
| 4.1.1 | Apakah Puskesmas/Pos Kesehatan ini pernah melakukan pemetaan para pemangku kepentingan (stakeholder) dan pegiat dalam bidang kesehatan remaja? | | | |
| 4.1.2 | Apakah ada perencanaan dan tindak lanjut berdasarkan hasil pemetaan tersebut? | | | |
| 4.2 | Partisipasi Remaja | | | |
| | Apakah Puskesmas/Pos Kesehatan ini dalam setahun terakhir pernah mengikutsertakan remaja dalam: | | | |
| 4.2.1 | Merencanakan kegiatan PKPR | | | |
| 4.2.2 | Melaksanakan kegiatan PKPR | | | |
| 4.2.3 | Mengevaluasi pelaksanaan kegiatan | | | |

| | | | | |
|-------|---|--|--|--|
| 5 | STANDAR 5: MANAJEMEN KESEHATAN | | | |
| 5.1 | Advokasi | | | |
| 5.1.1 | Apakah Puskesmas/Pos Kesehatan ini pernah melakukan advokasi ke berbagai pemangku kepentingan, lintas sektor dan lintas program yang dibutuhkan untuk Program PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja? | | | |
| 5.1.2 | Apakah dihasilkan komitmen dari kegiatan advokasi tersebut? (misalnya komitmen penyediaan tenaga, bantuan teknis, dana, prasarana dan sarana, obat-obatan, jadwal pelaksanaan, dll) | | | |
| 5.1.3 | Apakah Puskesmas/Pos Kesehatan mengikutsertakan remaja dalam kegiatan advokasi | | | |
| 5.2 | Pencatatan dan Pelaporan | | | |
| 5.2.1 | Apakah sudah tersedia pedoman pencatatan dan pelaporan | | | |
| 5.2.2 | Apakah sudah tersedia format pencatatan dan pelaporan sesuai pedoman | | | |
| 5.2.3 | Apakah sudah menggunakan format pencatatan dan pelaporan sesuai pedoman | | | |
| 5.2.4 | Apakah sudah melaporkan hasil pencatatan sesuai pedoman ke jenjang yang lebih tinggi | | | |
| 5.3 | Sistem Rujukan | | | |
| | Apakah Puskesmas/Pos Kesehatan ini membangun sistem rujukan dengan institusi/ instansi lain? | | | |
| 5.3.1 | Rujukan Medik | | | |
| 5.3.2 | Rujukan Hukum | | | |
| 5.3.3 | Rujukan Sosial | | | |

FORMULIR 6**LEMBAR MONITORING: INDIKATOR PPAM KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA****Untuk Petugas Kesehatan**

Petunjuk Pengisian:

1. Untuk Indikator Kualitatif, berikan tanda centang (√) di dalam kolom Ya atau Tidak
2. Untuk Indikator Kuantitatif, isi kolom capaian dengan menuliskan angka/jumlah

I. Mengidentifikasi Koordinator Kesehatan Reproduksi Remaja

| No | Indikator Kualitatif | Ya | Tidak |
|----|--|---------|-------|
| 1 | Dilakukannya kegiatan advokasi PPAM kesehatan reproduksi remaja selama situasi krisis kesehatan | | |
| 2 | Kelompok remaja yang paling rentan teridentifikasi melalui kerjasama multi-sektoral | | |
| 3 | Remaja diberikan informasi tentang pelayanan kesehatan reproduksi yang tersedia dan di mana remaja dapat mengaksesnya | | |
| 4 | Pendekatan kesehatan reproduksi multi-sektoral dilanjutkan untuk memastikan bahwa kebutuhan remaja teridentifikasi dan tertangani | | |
| 5 | Kerjasama multi-sektoral dilaksanakan untuk mencegah duplikasi pelayanan dan akses yang merata | | |
| 6 | Pelibatan instansi pemerintah dalam kesehatan reproduksi remaja untuk memastikan adanya kepemimpinan dan rasa memiliki di tingkat nasional | | |
| 7 | Adanya kegiatan advokasi dengan pimpinan tentara (polisi, militer dan aparaturnya) untuk menyusun dan menegakkan kebijakan terkait kekerasan berbasis gender | | |
| 8 | Dilakukannya integrasi antara indikator yang mencakup data demografi remaja dan pemanfaatan pelayanan kesehatan reproduksi | | |
| No | Indikator Kuantitatif | Capaian | |
| 1 | Jumlah pertemuan koordinasi kesehatan reproduksi remaja yang dilakukan selama 3 bulan pertama | | |
| 2 | Jumlah pertemuan koordinasi kesehatan yang dihadiri oleh tim kesehatan reproduksi remaja untuk melaporkan perkembangan pelaksanaan PPAM | | |

II. Mencegah dan Menangani Kekerasan Seksual

| No | Indikator Kualitatif | Ya | Tidak |
|----|---|---------|-------|
| 1 | Kegiatan promotif dan preventif dilaksanakan, seperti penyuluhan, workshop, orientasi, pelatihan, dan lain lain | | |
| 2 | Perawatan klinis diberikan untuk penyintas kekerasan seksual | | |
| 3 | Pelayanan ramah remaja diberikan untuk penyintas kekerasan seksual di fasilitas kesehatan | | |
| 4 | Jejaring rujukan multi-sektoral diidentifikasi bersama dengan klaster pengungsian dan perlindungan dan sub-klaster kekerasan berbasis gender | | |
| 5 | Partisipasi remaja didorong/diperkuat untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang masalah kekerasan seksual, strategi pencegahan, dan pelayanan yang tersedia untuk penyintas | | |
| 6 | Tokoh remaja/kader dilibatkan untuk menghubungkan penyintas kekerasan seksual berusia muda dengan pelayanan kesehatan | | |
| No | Indikator Kuantitatif | Capaian | |
| 1 | Jumlah kasus kekerasan seksual yang dilaporkan | | |
| 2 | Jumlah remaja perempuan yang mengalami kekerasan berbasis gender | | |
| 3 | Jumlah remaja laki-laki yang mengalami kekerasan berbasis gender | | |
| 4 | Jumlah kasus kekerasan seksual yang mendapatkan layanan medis dalam waktu 72 jam a. Kontrasepsi darurat b. Antibiotik pencegahan IMS c. Pencegahan pasca pajanan (PPP) | | |
| 5 | Jumlah kasus kekerasan yang dirujuk ke fasilitas lain: 1. Rumah sakit 2. LSM bantuan hukum 3. P2TP2A 4. Kepolisian (UPPA) 5. Rumah aman/shelter | | |
| 6 | Jumlah fasilitas yang dapat memberikan pelayanan untuk penyintas perkosaan selama 24 jam/7hari | | |
| 7 | Jumlah pelayanan penyintas kekerasan berbasis gender yang tersedia | | |

III. Ibu dan Anak

| No | Indikator Kualitatif | Ya | Tidak |
|----|---|---------|-------|
| 1 | Pelayanan kesehatan ibu dan anak yang ramah remaja diberikan untuk ibu berusia remaja di fasilitas kesehatan | | |
| 2 | Koordinasi dilakukan dengan klaster kesehatan dan sektor lain untuk mengidentifikasi remaja hamil di masyarakat dan menghubungkannya dengan pelayanan kesehatan | | |
| 3 | Dukun bayi dan kader dilibatkan untuk menghubungkan ibu muda ke pelayanan kesehatan | | |
| 4 | Semua ibu berusia remaja didorong untuk bersalin di fasilitas kesehatan | | |
| No | Indikator Kuantitatif | Capaian | |
| 1 | Jumlah remaja hamil yang berusia 10-15 tahun | | |
| 2 | Jumlah remaja hamil yang berusia antara 15-19 tahun | | |
| 3 | Jumlah remaja bersalin yang berusia 10-15 tahun | | |
| 4 | Jumlah remaja bersalin yang berusia antara 15-19 tahun | | |
| 5 | Jumlah remaja yang mengalami komplikasi berusia 10-15 tahun yang ditangani di Puskesmas PONEK atau RS PONEK | | |
| 6 | Jumlah remaja yang mengalami komplikasi berusia antara 15-19 tahun yang ditangani di Puskesmas PONEK atau RS PONEK | | |

IV. IMS dan HIV

| No | Indikator Kualitatif | Ya | Tidak |
|----|---|---------|-------|
| 1 | Tersedianya upaya promotif dan preventif di fasilitas kesehatan | | |
| 2 | Adanya kepastian atas ketersediaan perlindungan dan pencegahan IMS dan HIV di fasilitas kesehatan | | |
| 3 | Adanya kepastian ketersediaan pelayanan kesehatan peduli remaja untuk remaja yang datang ke fasilitas dengan gejala IMS | | |
| No | Indikator Kuantitatif | Capaian | |
| 1 | Jumlah remaja ODHA | | |
| 2 | Jumlah remaja ODHA yang melanjutkan pengobatan ARV | | |
| 3 | Jumlah remaja perempuan seksual aktif | | |
| 4 | Jumlah remaja laki-laki seksual aktif | | |
| 5 | Jumlah fasilitas pelayanan kesehatan yang memiliki alat dan bahan untuk penerapan kewaspadaan standar | | |

V. Remaja, Kesehatan jiwa dan Dukungan Psikososial

| No | Indikator Kualitatif | Ya | Tidak |
|----|--|----|-------|
| 1 | Pelayanan dasar dan keamanan diberikan | | |
| 2 | Dukungan masyarakat dan keluarga diberikan | | |
| 3 | Dukungan terfokus non spesialis | | |
| 4 | Pelayanan spesialis diberikan | | |
| 5 | Dukungan kelompok sebaya | | |

VI. Indikator Kuantitatif

| No | Indikator Kualitatif | Capaian |
|----|---|---------|
| 1 | Jumlah remaja perempuan (10-14 tahun) | |
| 2 | Jumlah remaja laki-laki (10-14 tahun) | |
| 3 | Jumlah remaja perempuan (15-19 tahun) | |
| 4 | Jumlah remaja laki-laki (15-19 tahun) | |
| 5 | Jumlah remaja perempuan (20-24 tahun) | |
| 6 | Jumlah remaja laki-laki (20-24 tahun) | |
| 7 | Jumlah remaja perempuan yang menjadi kepala keluarga | |
| 8 | Jumlah remaja laki-laki yang menjadi kepala keluarga | |
| 9 | Jumlah remaja perempuan penyandang disabilitas | |
| 10 | Jumlah remaja laki-laki penyandang disabilitas | |
| 11 | Jumlah anak perempuan berusia < 19 tahun yang sudah menikah | |
| 12 | Jumlah remaja yang mengakses fasilitas kesehatan | |
| 13 | Jumlah fasilitas pelayanan kesehatan reproduksi yang ramah remaja | |
| 14 | Jumlah remaja yang terlibat dalam kegiatan intervensi kesehatan reproduksi remaja | |
| 15 | Jumlah remaja perempuan yang bekerja | |
| 16 | Jumlah remaja laki-laki yang bekerja | |

FORMULIR 7

LEMBAR EVALUASI

| No | Aspek Yang Dievaluasi |
|----|--|
| 1 | Efektivitas kegiatan |
| | a. Apakah kegiatan 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 tercapai? |
| | d. Persentase target yang tercapai dari total target |
| | e. Apakah pelaksanaan PPAM sudah tepat waktu dan 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 |
| 2 | Efisiensi program |
| | 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? |
| 3 | Relevansi kegiatan |
| | a. Apakah kegiatan 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 kegiatan dan pelayanan yang mereka terima? Apakah puas dengan pelayanan/kegiatan yang mereka terima? |
| 4 | Dampak dan kesinambungan |
| | a. Apakah kegiatan PPAM yang dilaksanakan memberi dampak yang baik bagi masyarakat? |
| | b. Bagaimana kelanjutan kegiatan setelah implementasi PPAM selesai? |
| | c. Apakah pelayanan kesehatan reproduksi tetap tersedia setelah memasuki fase stabil situasi bencana? |
| 5 | Permasalahan yang dialami selama implementasi kegiatan dan solusi untuk mengatasi masalah tsb |
| 6 | Proses pembelajaran yang didapat selama pelaksanaan kegiatan |
| 7 | Rekomendasi |

LAMPIRAN 1.**Logistik Kesehatan Reproduksi Remaja pada Tanggap Darurat Krisis Kesehatan****Kit Individu**

Kit individu merupakan paket berisi pakaian, perlengkapan kebersihan diri, perlengkapan bayi (bagi remaja yang melahirkan saat situasi krisis), yang diberikan kepada perempuan usia reproduksi, remaja hamil, remaja bersalin dan bayi baru lahir. Kit ini dapat langsung diberikan dalam waktu 1-2 hari saat bencana kepada pengungsi setelah melakukan estimasi jumlah sasaran.



| Kit | Warna | Sasaran |
|--------------------------|--------|--|
| Kit higiene | Biru | Perempuan usia subur, termasuk remaja yang merupakan kelompok rentan dalam situasi bencana |
| Kit Ibu Hamil | Hijau | Untuk remaja yang hamil |
| Kit Ibu Pasca Melahirkan | Oranye | Untuk remaja yang hamil trimester III |
| Kit Bayi Baru Lahir | Merah | Untuk bayi baru lahir usia 0-3 bulan |

Jenis barang yang terdapat di dalam kit individu bagi remaja dapat disesuaikan dengan kebutuhan kesehatan reproduksi pengungsi serta anggaran yang tersedia. Kit diadakan dan disimpan di gudang sesuai dengan peraturan berlaku.

| KIT HIGIENIS UNTUK PEREMPUAN USIA REPRODUKSI | | | |
|--|--|----------------|---|
| No | Item | Jumlah per kit | Keterangan |
| 1 | Sarung | 1 buah | |
| 2 | Handuk | 1 buah | Bahan menyerap air, ukuran \pm 130 cm x 60 cm |
| 3 | Sikat gigi | 1 buah | ukuran dewasa, bentuk normal |
| 4 | Sabun mandi | 3 buah | <ul style="list-style-type: none"> • Ukuran \pm 80 gram • Masa kadaluarsa: minimal 3 (tiga) tahun setelah tanggal konfirmasi order |
| 5 | Pasta gigi | 3 buah | <ul style="list-style-type: none"> • Ukuran \pm 75 gram • Masa kadaluarsa: minimal 3 (tiga) tahun setelah tanggal konfirmasi order |
| 5 | Shampoo | 3 botol | <ul style="list-style-type: none"> • Ukuran \pm 90 ml • Masa kadaluarsa: minimal 3 (tiga) tahun setelah tanggal konfirmasi order |
| 7 | Pembalut wanita | 3 pak | <ul style="list-style-type: none"> • Tiap pak isi 10 buah • Masa kadaluarsa: minimal 3 (tiga) tahun setelah tanggal konfirmasi order |
| 8 | Celana dalam | 3 buah | All size, minimal lingkar pinggang 70-90 cm |
| 9 | BH (bra) | 3 buah | <ul style="list-style-type: none"> • Ukuran 34-38 Cup B • Lingkar dada 70-90 cm |
| 10 | Sandal jepit | 1 pasang | ukuran kaki 38-40 |
| 11 | Selimut | 1 buah | Agak tebal, ukuran \pm 180 cm x 120 cm |
| 12 | Sisir | 1 buah | |
| 13 | Senter + baterai | 1 buah | Ukuran 10-20 cm dengan lampu LED |
| 14 | Peluit + tali kalung | 1 buah | |
| 15 | Jerigen air | 1 buah | Dapat dilipat |
| 16 | Tas warna biru dan tulisan KIT HIGIENIS | 1 buah | Ukuran tas: Panjang: 28 cm Lebar: 22 cm Tinggi: 37 cm Panjang tali: 100 cm Lebar tali: 4 cm Resleting dan tali warna biru |
| 17 | Katalog (isi tas) ditempatkan didalam dan diluar tas | 2 buah | |

| KIT IBU HAMIL (TRIMESTER KE-3) | | | |
|--------------------------------|---|----------------|---|
| No | Item | Jumlah per kit | Keterangan |
| 1 | BH (bra) khusus ibu hamil | 3 buah | <ul style="list-style-type: none"> • Ukuran 38-40 • Cup B dan C • Lingkar dada 100-120 cm |
| 2 | Kain panjang (jarik) | 1 buah | Bahan katun |
| 3 | Celana dalam | 3 buah | Ukuran besar, minimal lingkar pinggang 80-100 cm |
| 4 | Baju hamil lengan daster/baju hamil lengan panjang | 1 buah | <ul style="list-style-type: none"> • Minimal lingkar dada 90 cm • Minimal lingkar pinggang/panggul 100 cm |
| 5 | Selimut | 1 buah | Agak tebal, ukuran ± 180 cm x 120 cm |
| 6 | Sabun mandi | 3 buah | <ul style="list-style-type: none"> • Ukuran ± 80 gram • Masa kadaluarsa: minimal 3 (tiga) tahun setelah tanggal konfirmasi order |
| 7 | Pasta gigi | 3 buah | <ul style="list-style-type: none"> • Ukuran ± 75 gram • Masa kadaluarsa: minimal 3 (tiga) tahun setelah tanggal konfirmasi order |
| 8 | Shampoo | 3 botol | <ul style="list-style-type: none"> • Ukuran ± 90 ml • Masa kadaluarsa: minimal 3 (tiga) tahun setelah tanggal konfirmasi order |
| 9 | Sikat gigi | 1 buah | ukuran dewasa, bentuk normal |
| 10 | Handuk | 1 buah | Bahan menyerap air, ukuran ± 130 cm x 60 cm |
| 11 | Senter + baterai | 1 buah | Ukuran 10-20 cm dengan lampu LED |
| 12 | Sandal jepit | 1 pasang | Ukuran kaki 38-40 |
| 13 | Sisir | 1 buah | |
| 14 | Peluit + tali kalung | 1 buah | |
| 15 | Jerigen air | 1 buah | Dapat dilipat |
| 16 | <p>Tas warna hijau dan tulisan KIT IBU HAMIL</p> <p>Tulisan jenis paket di tengah, warna hitam, huruf capital. Tinggi huruf minimal 3 cm</p> <p>Bahan: kanvas D420 atau setara</p> | 1 buah | <p>Ukuran tas: Panjang: 28 cm Lebar: 22 cm Tinggi: 37 cm Panjang tali: 100 cm Lebar tali: 4 cm Resleting dan tali warna hijau</p> |
| 17 | Katalog (isi tas) ditempatkan didalam dan diluar tas | 2 buah | |

| KIT IBU PASCA MELAHIRKAN (PASCA PERSALINAN/NIFAS) | | | |
|---|--|----------------|---|
| No | Item | Jumlah per kit | Keterangan |
| 1 | BH (bra) menyusui | 3 buah | <ul style="list-style-type: none"> • Ukuran 38-40 • Cup B dan C (cup untuk menyusui) • Lingkar dada 100-120 cm |
| 2 | Kain panjang (jarik) | 1 buah | Bahan katun |
| 3 | Sarung | 1 buah | Bahan Katun |
| 4 | Pembalut untuk nifas (pasca bersalin) | 3 pak | <ul style="list-style-type: none"> • Tiap pak isi 10 buah • Masa kadaluarsa: minimal 3 (tiga) tahun setelah tanggal konfirmasi order |
| 5 | Blus berkancing depan untuk menyusui | 2 buah | <ul style="list-style-type: none"> • Minimal lingkar dada 90 cm • Minimal lingkar pinggang/panggul 100 cm |
| 6 | Celana dalam | 3 buah | Ukuran besar, minimal lingkar pinggang 80-100 cm |
| 7 | Selimut | 1 buah | Agak tebal, ukuran \pm 180 cm x 120 cm |
| 8 | Sabun mandi | 3 buah | <ul style="list-style-type: none"> • Ukuran \pm 80 gram • Masa kadaluarsa: minimal 3 (tiga) tahun setelah tanggal konfirmasi order |
| 9 | Pasta gigi | 3 buah | <ul style="list-style-type: none"> • Ukuran \pm 75 gram • Masa kadaluarsa: minimal 3 (tiga) tahun setelah tanggal konfirmasi order |
| 10 | Shampoo | 3 botol | <ul style="list-style-type: none"> • Ukuran \pm 90 ml • Masa kadaluarsa: minimal 3 (tiga) tahun setelah tanggal konfirmasi order |
| 11 | Sikat gigi | 1 buah | ukuran dewasa, bentuk normal |
| 12 | Sandal jepit | 1 pasang | Ukuran kaki 38-40 |
| 13 | Sisir | 1 buah | |
| 14 | Handuk | 1 buah | Bahan menyerap air, ukuran \pm 130 cm x 60 cm |
| 15 | Senter + baterai | 1 buah | Ukuran 10-20 cm dengan lampu LED |
| 16 | Peluit + tali kalung | 1 buah | |
| 17 | Jerigen air | 1 buah | Dapat dilipat |
| 18 | Tas warna oranye dan tulisan KIT IBU PASCA MELAHIRKAN | 1 buah | Ukuran tas: Panjang: 28 cm Lebar: 22 cm Tinggi: 37 cm Panjang tali: 100 cm Lebar tali: 4 cm Resleting dan tali warna oranye |

| 19 | Katalog (isi tas) ditempatkan didalam dan diluar tas | 2 buah | |
|--|--|----------------|---|
| KIT BAYI BARU LAHIR (0-3 BULAN) | | | |
| No | Item | Jumlah per kit | Keterangan |
| 1 | Popok katun | 12 buah | Bahan Katun ukuran bayi 0-3 bulan |
| 2 | Pakaian Bayi Katun | 12 buah | Bayi ukuran usia 0-3 bulan Bahan katun |
| 3 | Sarung tangan dan sarung kaki | 12 buah | Bahan katun |
| 4 | Selimut | 1 buah | Agak tebal, ukuran ± 180 cm x 120 cm |
| 5 | Topi bayi | 1 buah | Kain flanel |
| 6 | Kelambu bayi | 1 buah | Dikemas terpisah agar tidak rusak dalam penyimpanan |
| 7 | Kain bedong | 12 buah | Kain flannel dan lembut |
| 8 | Sabun mandi bayi | 3 buah | <ul style="list-style-type: none"> • Ukuran ± 80 gram • Masa kadaluarsa: minimal 3 (tiga) tahun setelah tanggal konfirmasi order |
| 9 | Handuk bayi | 1 buah | Halus dan bahan menyerap air |
| 10 | Minyak telon | 3 botol | <ul style="list-style-type: none"> • Ukuran ± 50 ml • Masa kadaluarsa: minimal 3 (tiga) tahun setelah tanggal konfirmasi order |
| 11 | Baby oil | 1 botol | <ul style="list-style-type: none"> • Ukuran ± 90 ml • Masa kadaluarsa: minimal 3 (tiga) tahun setelah tanggal konfirmasi order |
| 12 | Tissue basah | 3 pak | <ul style="list-style-type: none"> • Kemasan 50 sheets • Masa kadaluarsa: minimal 3 (tiga) tahun setelah tanggal konfirmasi order |
| 13 | Tas warna merah dan tulisan KIT BAYI BARU LAHIR | 1 buah | Ukuran tas: Panjang: 28 cm Lebar: 22 cm Tinggi: 37 cm Panjang tali: 100 cm Lebar tali: 4 cm Resleting dan tali warna oranye |
| 14 | Katalog (isi tas) ditempatkan didalam dan diluar tas | 2 buah | |

LAMPIRAN 2

Penyesuaian Kit Kesehatan Reproduksi dengan Kondisi di Indonesia
Dapat dilihat di Pedoman Logistik Paket Pelayanan Awal Minimal, Kementerian Kesehatan 2017

| Kit Kesehatan Reproduksi Internasional | | | Kit Kesehatan Reproduksi yang disesuaikan dengan kondisi Indonesia | | |
|--|--------|---|--|------------------|---|
| Blok 1 | Kit 0 | Kit Administrasi/Perlengkapan pelatihan | Blok 1 | Kit 0 | Kit Administrasi/Perlengkapan pelatihan |
| | Kit 1 | Kit Kondom 1A Kondom Laki-laki 1B Kondom Perempuan | | Kit 1 | Kit Kondom (laki-laki) |
| | Kit 2 | Kit Persalinan Bersih Individu (Bagian A & B) | | Tidak diadaptasi | |
| | Kit 3 | Kit Perawatan Korban Perkosaan | | Kit 3 | Kit Perawatan Korban Perkosaan |
| | Kit 4 | Kit Kontrasepsi Oral dan Suntik | | Kit 4 | Kit Kontrasepsi Oral dan Suntik |
| | Kit 5 | Kit Pengobatan Infeksi Menular Seksual | | Kit 5 | Kit Pengobatan Infeksi Menular Seksual |
| Blok 2 | Kit 6 | Kit Pertolongan Persalinan di Klinik | Blok 2 | Kit 6 | Kit Pertolongan persalinan di klinik |
| | Kit 7 | Kit Kontrasepsi dalam Rahim (AKDR/IUD) | | Kit 7 | Kit Alat Kontrasepsi dalam Rahim (AKDR/IUD) dan Implant Removal |
| | Kit 8 | Kit Penanganan Keguguran dan Komplikasi | | Kit 8 | Kit Penanganan Keguguran dan Komplikasi Aborsi |
| | Kit 9 | Kit Jahitan Robekan (Leher Rahim dan Vagina dan Pemeriksaan Vagina) | | Kit 9 | Kit Jahitan Robekan (Leher Rahim dan Vagina) dan Pemeriksaan Vagina |
| | Kit 10 | Kit Persalinan dengan Ekstraksi Vacuum | | Kit 10 | Kit Persalinan dengan Ekstraksi Vacuum |
| Blok 3 | Kit 11 | Kit Tingkat Rujukan untuk Kesehatan Reproduksi | Blok 3 | Kit 11 | Kit Tingkat Rujukan untuk Kesehatan Reproduksi A+B |
| | Kit 12 | Kit Transfusi Darah | | Kit 12 | Kit Transfusi Darah |

Siapkan Tas Siagamu!

Tas siaga sangat berguna ketika terjadi bencana. Siapkan tas yang cukup kuat dan besar untuk menampung:

- Obat-obatan dan Masker
- Makanan siap santap/biskuit
- Air minum
- Lilin dan korek api
- Senter dan baterai
- Satu atau dua pasang pakaian
- Sarung
- Pembalut
- Fotokopi tanda pengenal KTP
- Alat mandi
- Pembersih antiseptik

LAMPIRAN 3

Pertolongan Pertama

Apakah Definisi Pertolongan Pertama ?

Pertolongan Pertama (PP) adalah perawatan pertama yang diberikan kepada orang yang mendapat kecelakaan atau sakit yang tiba-tiba datang sebelum mendapatkan pertolongan dari tenaga medis. Ini berarti :

- Pertolongan Pertama harus diberikan secara cepat.
- Pertolongan Pertama harus tepat sehingga akan meringankan sakit korban bukan menambah sakit korban

Apa saja Tujuan utama Pertolongan Pertama?

Tujuan utama pertolongan pertama adalah untuk :

- Mempertahankan penderita tetap hidup atau terhindar dari maut
- Membuat keadaan penderita tetap stabil
- Mengurangi rasa nyeri, ketidak-nyamanan dan rasa cemas
- Menghindarkan kecacatan yang lebih parah

Siapa saja Pelaku Pertolongan Pertama ?

Pelaku pertolongan pertama adalah penolong yang pertama kali tiba di tempat kejadian yang memiliki kemampuan dan terlatih dalam penanganan medis dasar. Secara umum semua orang boleh memberikan pertolongan.

Klasifikasi Penolong:

- a. Orang Awam : Tidak terlatih atau memiliki sedikit pengetahuan pertolongan pertama
- b. Penolong pertama : Kualifikasi ini yang dicapai oleh KSR PMI
- c. Tenaga Khusus/Terlatih :
Tenaga yang dilatih secara khusus untuk menanggulangi kedaruratan di Lapangan

Apa saja Kualifikasi Seorang Pelaku Pertolongan Pertama ?

Agar dapat menjalankan tugas, petugas penolong harus memiliki kualifikasi sebagai berikut

- Jujur dan bertanggungjawab.
- Memiliki sikap profesional, kematangan emosi. dan Kemampuan bersosialisasi.
- Selalu dalam keadaan siap, khususnya secara fisik
- Kemampuannya nyata terukur sesuai sertifikasi PMI.

Apa saja Kewajiban Pelaku Pertolongan Pertama ?

- Menjaga keselamatan diri, anggota tim, penderita dan orang sekitarnya
- Dapat mengenali dan mengatasi masalah yang mengancam nyawa
- Memberikan pertolongan dengan cepat dan tepat berdasarkan keadaan korban
- Meminta bantuan / rujukan
- Ikut menjaga kerahasiaan dengan petugas lain yang terlibat
- Mempersiapkan untuk ditransportasikan

LAMPIRAN 4

Aplikasi dan E-Course



Link:

<http://elearning.sofyan.net/courses/buku-saku-pedoman-remaja-pada-situasi-krisis-kesehatan/>



Link:

<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.cube.gdpc.idn>

ISBN 978-602-416-422-5



**Direktorat Kesehatan Keluarga
Kementerian Kesehatan RI**

Jl. HR. Rasuna Said Blok X5 Kav 4-9, Jakarta

Tel: (62-21) 5221227

Fax: (62-21) 5203884

Website: <http://kesga.kemkes.go.id>

United Nations Population Fund

7th Floor Menara Thamrin

Jl. M.H. Thamrin Kav.3, Jakarta 10250

Tel: (62-21) 29802300

Fax : (62-21) 31927902

Website: <https://indonesia.unfpa.org>

The United Nations Population Fund, is an International Development Agency with a Mission to
“Deliver a world where every pregnancy is wanted, every birth is safe and every young person’s potential is fulfilled”.