KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

UNFPA

613.94
Ind
p

PEDOMAN PELAKSANAAN

PAKET PELAYANAN AWAL MINIMUM (PPAM) KESEHATAN REPRODUKSI PADA KRISIS KESEHATAN

KEMENTERIAN KESEHATAN
JAKARTA - 2021

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

UNFPA

PEDOMAN PELAKSANAAN

PAKET PELAYANAN AWAL MINIMUM (PPAM) KESEHATAN REPRODUKSI PADA KRISIS KESEHATAN

KEMENTERIAN KESEHATAN
JAKARTA - 2021

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, sehingga Pedoman Pelaksanaan Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi Pada Krisis Kesehatan edisi revisi 2021 ini dapat diselesaikan. Buku ini merupakan gabungan dari buku pedoman teknis dan pedoman operasional yang telah ada sebelumnya, dengan revisi sesuai dengan pedoman internasional terbaru dan adaptasi dengan kondisi Indonesia, serta diperkaya dengan berbagai perspektif dari masing-masing komponen pada PPAM kesehatan reproduksi.

Berbeda dengan pedoman-pedoman yang telah diterbitkan sebelumnya, pada buku pedoman edisi revisi ini terdapat penambahan komponen pelayanan minimum kesehatan balita dan pelayanan minimum kesehatan lansia, yang merupakan komponen pengembangan khusus di Indonesia. Penambahan kedua komponen ini sesuai dengan intervensi prioritas, dimana kedua kelompok ini merupakan sasaran kelompok rentan yang memerlukan perhatian khusus terutama pada situasi krisis kesehatan.

Kita ketahui bersama bahwa PPAM Kesehatan Reproduksi pada situasi krisis kesehatan menjadi hal yang sangat krusial, sehingga menjadi kewajiban kita untuk memastikan bahwa PPAM Kesehatan Reproduksi dapat terlaksana dengan baik di bawah koordinasi Subklaster Kesehatan Reproduksi, yang bergerak dan berkoordinasi erat dengan subklaster lainnya di bawah koordinasi Klaster Kesehatan, maupun lintas klaster. Dengan adanya buku pedoman ini, diharapkan pelaksanaan PPAM Kesehatan Reproduksi dapat lebih terstruktur dan terkoordinir, serta memudahkan koordinator subklaster maupun penanggung jawab masing-masing komponen PPAM Kesehatan Reproduksi di lapangan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan reproduksi prioritas yang sesuai dengan standar minimal dalam respon bencana/kemanusiaan.

Akhir kata, kami ucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam revisi pedoman ini, juga kepada UNFPA yang telah memberikan dukungan agar proses revisi buku ini dapat terlaksana. Semoga buku ini membawa manfaat luas bagi seluruh stakeholder terkait dan masyarakat yang membutuhkan, dan semoga Tuhan Yang Maha Esa senantiasa melindungi dan meridhoi upaya kita bersama dalam mewujudkan pelayanan kesehatan reproduksi bagi masyarakat terdampak krisis kesehatan.

Jakarta, September 2021
Direktur Kesehatan Keluarga

dr. Erna Mulati, MSc., CMFM

KATA SAMBUTAN

Plt. Direktur Jenderal Kesehatan Mayarakat

Indonesia merupakan daerah rawan bencana, kondisi tersebut akan berdampak pada terjadinya masalah kesehatan. Namun, masalah kesehatan harus tetap menjadi prioritas yang diperhatikan, terutama pada kelompok rentan yaitu, ibu hamil, bayi, dan lansia. Pada situasi bencana, salah satu aspek kesehatan yang terdampak adalah pelayanan kesehatan reproduksi. Keterbatasan akses kesehatan reproduksi pada situasi bencana dapat menjadi sumber risiko masalah kesehatan seperti, penyakit menular, kehamilan yang tidak direncanakan, serta risiko terjadinya kekerasan seksual pada perempuan, dan lain sebagainya.

Sub-klaster Kesehatan Reproduksi merupakan salah satu sub-klaster di bawah koordinasi Klaster Kesehatan, yang berfokus pada pemenuhan kebutuhan kesehatan kelompok rentan pada situasi bencana. Melalui penerapan Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi, diharapkan berbagai risiko yang dihadapi oleh kelompok rentan pada situasi krisis kesehatan dapat diminimalisir.

Sebagai acuan pelaksanaan PPAM Kesehatan Reproduksi di setiap kejadian bencana, Kementerian Kesehatan menyusun buku Pedoman Pelaksanaan PPAM Kesehatan Reproduksi edisi revisi, untuk merespon berbagai perubahan yang terjadi baik di tingkat global, maupun berdasarkan pengalaman dari respon terhadap krisis kesehatan yang terjadi di Indonesia. Semoga pedoman ini dapat memberikan manfaat dalam membantu menyelesaikan masalah kesehatan yang terjadi pada situasi bencana khususnya pada kelompok-kelompok rentan.

Jakarta, November 2021

Plt. Direktur Jenderal Kesehatan Mayarakat

drg. Kartini Rustandi, M.Kes

KATA SAMBUTAN

Representative UNFPA Indonesia

Indonesia terletak di wilayah *ring of fire* yang membuat Indonesia menjadi negara yang berisiko tinggi terjadi bencana alam,seperti gempa bumi, gunung meletus, banjir, kekeringan, tanah longsor, kebakaran hutan dan tsunami. Bencana alam yang terjadi di Indonesia memberi dampak buruk pada pelayanan kesehatan reproduksi kepada masyarakat.

Saat terjadi bencana, kerentanan perempuan dan anak perempuan seringkali meningkat. Mereka mungkin terpaksa melahirkan di lingkungan yang tidak aman dengan sedikit bantuan. Ini menempatkan mereka pada risiko kematian dan disabilitas yang tinggi. Hak-hak perempuan dan anak perempuan sering kali dikompromikan, dan ketidaksetaraan gender diperburuk selama krisis. Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) mengurangi dampak bencana kemanusiaan tersebut dengan menyediakan pelayanan kesehatan seksual dan reproduksi (KSR) yang komprehensif kepada semua anggota populasi yang terkena dampak krisis.

Pedoman Teknis PPAM Kesehatan Reproduksi pada Krisis Kesehatan telah dikembangkan di Indonesia sejak tahun 2014, dan diimplementasikan serta dievaluasi pada saat penanganan kebencanaan di Sulawesi Tengah pada tahun 2018. Adaptasi dari pedoman internasional, pedoman dasar ini berisi langkah-langkah praktis sehingga mudah digunakan pada situasi bencana dan sesuai dengan konteks Indonesia.

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

Kami dengan senang hati mendukung mitra kami, Kementerian Kesehatan, dalam pembaruan Pedoman Operasional Implementasi Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi. Besar harapan kami pedoman ini dapat menjadi rujukan berharga untuk perencanaan program bagi penyedia layanan kesehatan reproduksi serta pemangku kepentingan di bawah koordinasi klaster kesehatan dan sub-klaster kesehatan reproduksi. Dengan kerja sama yang baik antara semua pemangku kepentingan, kita bisa meningkatkan kesejahteraan dan perlindungan bagi perempuan dan anak perempuan di Indonesia.

Berbeda dengan pedoman-pedoman yang telah diterbitkan sebelumnya, pada buku pedoman edisi revisi ini terdapat penambahan komponen pelayanan minimum kesehatan balita dan pelayanan minimum kesehatan lansia, yang merupakan komponen pengembangan khusus di Indonesia. Penambahan kedua komponen ini sesuai dengan intervensi prioritas, dimana kedua kelompok ini merupakan sasaran kelompok rentan yang memerlukan perhatian khusus terutama pada situasi krisis kesehatan.

Kita ketahui bersama bahwa PPAM Kesehatan Reproduksi pada situasi krisis kesehatan menjadi hal yang sangat krusial, sehingga menjadi kewajiban kita untuk memastikan bahwa PPAM Kesehatan Reproduksi dapat terlaksana dengan baik di bawah koordinasi Subklaster Kesehatan Reproduksi, yang bergerak dan berkoordinasi erat dengan subklaster lainnya di bawah koordinasi Klaster Kesehatan, maupun lintas klaster. Dengan adanya buku pedoman ini, diharapkan pelaksanaan PPAM Kesehatan Reproduksi dapat lebih terstruktur dan terkoordinir, serta memudahkan koordinator subklaster maupun penanggung jawab masing-masing komponen PPAM Kesehatan Reproduksi di lapangan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan reproduksi prioritas yang sesuai dengan standar minimal dalam respon bencana/kemanusiaan.

Jakarta, 17 September 2021

Anjali Sen
Representative UNFPA Indonesia

TIM PENYUSUN

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

Kementerian Kesehatan RI
Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat Direktorat Kesehatan Keluarga
Jakarta, 2021

Penasehat:
dr. Erna Mulati, MSc.,CMFM

Penanggung Jawab:
dr. Lovely Daisy, MKM

Editor:
dr. Wira Hartiti, M.Epid
dr. Ratna Sari Junita
Elisabeth A Sidabutar Spi.MMD

Kontributor :
KEMENKES: Dhefi Ratnawati, S.Gz,MKM; dr. Erni Risvayanti, M.Kes; Evasari Br Ginting, SKM; dr. Florentine Marthatilova; Hana Shafiyyah Zulaidah, SKM,MPH; Ika Permatasari, SKM,MKM; Indah Nugraheni Mardhika, SKM,MSc.PH; Maya Raiyan, MPsi; Maylan Wulandari, SST; Nabila Salsabila, SKM; Nuaini, SKM. MSc; Nurhalina Afriana; Putu Krisna Saputra, SKM; dr. Rizki Ekananda, MKM; Sandy Dwi Waseso, SKM; Supatmi, SKM, MM; dr. Wisnu Trianggono, MPH; dr. Yenni Yuliana **KEMENSOS:** Edhy Suwarna, S.Sos,M.Si **BKKBN:** Muhammad Febriansyah Keulana; Nopi Fauziyah; Novianto Bayu Prabowo; Rina Utaminingsih; **POGI:** Dr. ILyas Angsar, SpOG (KFER) **IDAI:** dr. Bernie Endyarni Medise, SpA(K),MPH **IBI:** Herlina Mansur SST,MKM; Dr. Indra Supradewi, MKM **PKBI:** Dwi Yunanto Hermawan; Henny Widyaningrum **PPNI:** Dr. Atik Hodikoh, M.Kep,Sp.Mat; Dr. Imami Nur Rachmawati, S.Kp., M.Sc; Prof. Dr. Yati Afiyanti, SKp.MN

UNFPA Indonesia: Allamah Ibnu Amin, SE; Ns. Ria Ulina, S.Kep, MPH; dr. Rosilawati Anggraini, MMD **Pulih Indonesia:** I.G.A.A. Jackie Viemilawati, M.Psi,M.A **Yakkum Emergency Unit:** dr. Sari Mutia Timur **Dinkes Provinsi:** Baiq Wiwik Yastuti, S.ST (Dinas Kesehatan Provinsi NTB); Handini Puspita Arum, AMd. Keb (UPT BLUD Puskesmas Nipah); Inneke Ch Irmayani, Amd.Keb (Dinas Kesehatan Kab Lombok Utara); Sriwahyuningsih, Amd.Keb (Dinas Kesehatan Bima); Sri Sumiatun, S.ST. (Dinas Kesehatan Kab. Dompu); Tyas Ully Amanda (Dinas Kesehatan Kab Lombok Timur).

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 seijin tertulis dari penerbit.

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR iv
KATA SAMBUTAN KEMENTERIAN KESEHATAN RI vi
KATA SAMBUTAN UNFPA REPRESENTATIVE IN INDONESIA vii
TIM PENYUSUN ix
DAFTAR TABEL xii
DAFTAR LAMPIRAN xiii
DAFTAR SINGKATAN xiv
BAB I PENDAHULUAN 1
BAB II PENGETAHUAN DASAR KRISIS KESEHATAN 7
BAB III PAKET PELAYANAN AWAL MINIMUM (PPAM) 13
BAB IV LANGKAH-LANGKAH PELAKSANAAN MASING-MASING KOMPONEN PPAM 25
BAB V PELAKSANAAN PPAM PADA SITUASI WABAH PENYAKIT 99
BAB VI PENILAIAN KEBUTUHAN PAKET PELAYANAN AWAL MINIMUM (PPAM) 105
BAB VII DUKUNGAN LOGISTIK DALAM PELAKSANAAN PPAM 115
BAB VIII MONITORING DAN EVALUASI 129
PENUTUP 137
DAFTAR LAMPIRAN 139
DAFTAR PUSTAKA 140

DAFTAR TABEL

Tabel 1: Subklaster dan tim di bawah klaster kesehatan 11
Tabel 2: Penjelasan tentang PPAM 15
Tabel 3. Pelaksanaan PPAM pada setiap tahapan krisis kesehatan 18
Tabel 4: Perbandingan komponen PPAM di tingkat global dengan penyesuaian di Indonesia 20
Tabel 5: Rapat yang dilakukan pada setiap tahapan krisis kesehatan 32
Tabel 6: Pendataan organisasi yang bekerja di bidang kesehatan reproduksi 35
Tabel 7: Daftar tilik pelayanan klinis penyintas kekerasan seksual 41
Tabel 8: Merencanakan pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif menggunakan blok pembangun sistem kesehatan 97
Tabel 9: Data estimasi statistik yang dapat diperoleh dari kalkulator PPAM 108
Tabel 10: Penghitungan estimasi ibu hamil, melahirkan dan bayi baru lahir secara manual 109
Tabel 11: Data estimasi statistik yang dapat diperoleh dari hasil survei dan sensus penduduk 110
Tabel 12: Perbandingan kit kesehatan reproduksi di tingkat global dan yang telah diadaptasi di Indonesia 119
Tabel 13: Isi dari komoditas pelengkap kit kesehatan reproduksi 121
Tabel 14: Jenis kit individu yang ada di Indonesia 122
Tabel 15: Panduan pendirian tenda kesehatan reproduksi 125
Tabel 16: Daftar indikator umum untuk memantau pelaksanaan PPAM pada tahap pemulihan awal 131

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Outline Kerangka Acuan Subklaster Kesehatan Reproduksi 141
Lampiran 2 : Informasi tentang Penilaian Kesiapsiagaan PPAM (*the MISP Readiness Assessment*) 152
Lampiran 3 : Langkah-langkah pada setiap tahapan krisis kesehatan untuk masing-masing komponen 154
Lampiran 4 : Formulir pelaporan penilaian cepat kesehatan (RHA) kejadian krisis kesehatan dengan masukan dari subklaster kesehatan reproduksi 163
Lampiran 5 : Daftar peralatan individu bagi anggota subklaster kesehatan reproduksi yang ditugaskan di tempat bencana 175
Lampiran 6 : Formulir penilaian kondisi fasilitas kesehatan 176
Lampiran 7 : Tabel pendataan organisasi yang bergerak di bidang kesehatan reproduksi saat bencana 178
Lampiran 8 : Formulir wawancara ibu hamil/melahirkan di tempat pengungsian 178
Lampiran 9 : Penilaian Risiko Kekerasan Berbasis Gender (KBG) di Lokasi Pengungsian 180
Lampiran 10 : Format dan isi laporan penilaian untuk koordinator kesehatan reproduksi di tingkat pusat/ provinsi/kabupaten 182
Lampiran 11 : Pelayanan klinis penyintas perkosaan 183
Lampiran 12 : Tindakan prarujukan dan penanganan darurat sebagai bagian dari Asuhan Pascakeguguran (APK) 185
Lampiran 13 : Daftar peralatan, obat dan bahan habis pakai untuk tenda kesehatan reproduksi 188
Lampiran 14 : Formulir monitoring PPAM 190
Lampiran 15 : Daftar indikator masing-masing komponen PPAM untuk transisi ke tahap pemulihan awal 205
Lampiran 16 : Formulir evaluasi PPAM 210
Lampiran 17 : Daftar pustaka 211

DAFTAR SINGKATAN

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

BAB I

PENDAHULUAN

Bencana Alam Liquefaksi di Sulawesi Tengah, 2018

Kredit Foto: Carly Learson

1.1. Latar Belakang

Indonesia adalah negara yang rentan terhadap bencana. Hal ini dikarenakan kondisi geografis, geologis, hidrologis maupun demografisnya. Bencana dapat disebabkan oleh faktor alam, nonalam maupun faktor sosial yang dapat mengakibatkan kerusakan lingkungan, kerugian harta benda bahkan korban jiwa. Bencana juga dapat menimbulkan krisis kesehatan yang menyebabkan korban meninggal, korban luka, dampak psikologis, masalah kesehatan seperti masalah gizi, penyakit menular, termasuk masalah di bidang kesehatan reproduksi. Jika terjadi bencana berskala besar, dapat menyebabkan terganggunya pelayanan kesehatan termasuk pelayanan kesehatan reproduksi dengan kelompok rentan sebagai target sasaran. Padahal pelayanan kesehatan reproduksi adalah salah satu jenis pelayanan kesehatan yang harus tersedia dalam situasi apapun, karena kebutuhan akan pelayanan kesehatan reproduksi akan tetap ada dan justru meningkat pada situasi krisis kesehatan.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia sejak tahun 2014 telah menyosialisasikan buku Pedoman Teknis Kesehatan Reproduksi pada Krisis Kesehatan yang diimplementasikan di seluruh Indonesia. Pedoman tersebut merupakan rangkuman pengalaman dan hasil kajian sejak tahun 2004 ketika bencana tsunami Aceh terjadi hingga tahun 2014. Pedoman tersebut telah menjadi acuan oleh subklaster kesehatan reproduksi di seluruh Indonesia dan dilengkapi dengan pedoman operasional untuk penerapan di lapangan. Pedoman yang telah disusun pada tahun 2014, merupakan adaptasi dari pedoman internasional dan ditujukan sebagai pedoman dasar yang berisi langkah-langkah praktis sehingga mudah digunakan dan sesuai dengan konteks Indonesia.

Saat ini telah banyak kemajuan yang telah dicapai terkait pelaksanaan PPAM di Indonesia. Pelayanan kesehatan reproduksi pada krisis kesehatan yang sebelumnya masih belum dianggap prioritas dan seringkali tidak tersedia pada tahap awal krisis kesehatan, sekarang telah terintegrasi ke dalam mekanisme nasional respon bencana di bidang kesehatan di bawah koordinasi Pusat Krisis Kesehatan. Mekanisme koordinasi yang merupakan salah satu komponen penting dari PPAM juga telah berfungsi dengan baik melalui subklaster kesehatan reproduksi, baik yang ada di tingkat nasional maupun di tingkat subnasional dengan melibatkan lintas sektor

terkait termasuk lembaga pemerintah, lembaga swadaya masyarakat (LSM), organisasi profesi maupun organisasi kemasyarakatan lainnya. Begitu juga dengan komponen PPAM lainnya seperti pencegahan dan penanganan kekerasan seksual, pencegahan meningkatnya kesakitan dan kematian maternal dan neonatal, pencegahan penularan IMS dan HIV serta pencegahan kehamilan yang tidak direncanakan.

Setelah diterbitkannya buku Pedoman Teknis Kesehatan Reproduksi pada Krisis Kesehatan di tahun 2014, Kementerian Kesehatan menerbitkan buku Pedoman Pelaksanaan Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi pada Krisis Kesehatan pada tahun 2017. Buku pedoman ini bersifat praktis dan aplikatif, serta berisi langkah-langkah operasional pelaksanaan PPAM yang ditujukan bagi para penyedia bantuan kemanusiaan pada situasi bencana sebagai pedoman pelengkap dari pedoman teknis. Sejak diterbitkannya kedua buku pedoman tersebut, telah banyak perubahan yang terjadi mengikuti informasi yang terbaru dan pembelajaran dari beberapa kondisi bencana baik di Indonesia maupun di tingkat global. Buku pedoman Lapangan Antar Lembaga (*Inter Agency Field Manual*) Kesehatan Reproduksi pada Situasi Krisis yang merupakan acuan utama untuk pelaksanaan intervensi Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) kesehatan reproduksi telah melalui proses revisi pada tahun 2018 dengan beberapa perubahan seperti penambahan komponen baru yaitu komponen pencegahan kehamilan yang tidak direncanakan serta perubahan pada prioritas tambahan dari PPAM. *Kit* kesehatan reproduksi yang merupakan komponen logistik penting untuk mendukung pelaksanaan PPAM juga mengalami perubahan dan pedoman penggunaannya telah direvisi pada tahun 2019.

Setelah terjadinya bencana gempa di Nusa Tenggara Barat (NTB) dan disusul dengan bencana gempa bumi, tsunami dan likuifaksi yang terjadi di provinsi Sulawesi Tengah pada tahun 2018, banyak sekali pengalaman yang diperoleh selama pelaksanaan PPAM termasuk praktik-praktik baik serta proses pembelajaran yang telah diperoleh. Semua pengalaman, praktik baik dan pembelajaran telah didokumentasikan untuk menjadi acuan bagi respon krisis kesehatan di Indonesia yang lebih baik di masa yang akan datang.

Berdasarkan perubahan yang telah terjadi di tingkat global maupun pengalaman dari respons krisis kesehatan yang dilaksanakan di Indonesia, maka saat ini perlu dilakukan revisi buku pedoman teknis maupun pedoman operasional PPAM di Indonesia. Hal ini bertujuan agar PPAM dapat dilaksanakan dengan lebih baik dengan mengacu pada pedoman internasional terbaru yang disesuaikan dengan kondisi di Indonesia. Buku revisi ini merupakan gabungan dari buku pedoman teknis yang berisi informasi penting yang bersifat teori dengan buku pedoman operasional yang berisi langkah-langkah yang harus dilakukan untuk setiap komponen PPAM pada krisis kesehatan. Buku ini juga mencakup informasi penting dari setiap komponen dari PPAM yang telah dituangkan di buku pedoman untuk masing-masing komponen seperti yang telah dikembangkan di Indonesia seperti buku pedoman pelayanan kontrasepsi pada krisis kesehatan, buku pelayanan kesehatan reproduksi remaja dan pelibatan remaja pada krisis kesehatan, buku pedoman logistik PPAM dan lain sebagainya.

1.2. Tujuan

Tujuan dari Pedoman Pelaksanaan Pelayanan PPAM ini adalah sebagai panduan dalam pelaksanaan teknis bagi subklaster kesehatan reproduksi dalam melakukan pelayanan kesehatan reproduksi pada situasi krisis kesehatan.

1.3. Sasaran

1. Penanggung jawab program kesehatan keluarga di tingkat pusat, provinsi dan kabupaten/kota
2. Penanggung jawab program penanggulangan krisis kesehatan di tingkat pusat, provinsi dan kabupaten/kota
3. Badan Nasional Penanggulangan Bencana dan Badan Penanggulangan Bencana Daerah
4. Lintas program, lintas sektor dan mitra pembangunan terkait

5. TNI dan POLRI yang terlibat dalam penanggulangan bencana
6. Rumah sakit, puskesmas, klinik dan praktik swasta
7. Institusi pendidikan terkait
8. Organisasi profesi, lembaga swadaya masyarakat, organisasi kemasyarakatan

1.4. Dasar Hukum

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan Dalam Rumah Tangga
2. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana
3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 35 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak
5. Peraturan Pemerintah Nomor 21 Tahun 2008 tentang Penyelenggaraan Penanggulangan Bencana
6. Peraturan Pemerintah Nomor 61 tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2013 tentang Penanggulangan Krisis Kesehatan
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2019 tentang Penanggulangan Krisis Kesehatan

BAB II

PENGETAHUAN DASAR KRISIS KESEHATAN

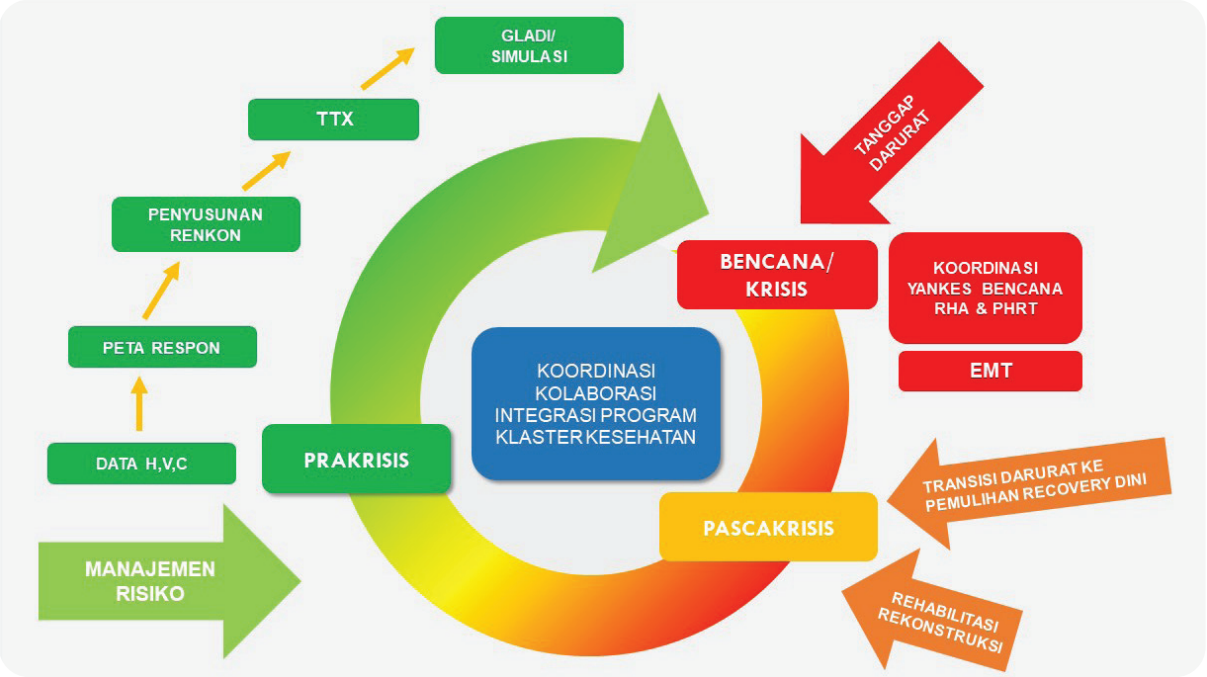
Situasi Krisis Kesehatan setelah bencana Gempa NTB, 2018

Kredit Foto: Dr Stenly Sajow/UNFPA

2.1. Krisis Kesehatan

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2019 mendefinisikan krisis kesehatan sebagai peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengakibatkan timbulnya korban jiwa, korban luka atau sakit, pengungsian, dan/atau adanya potensi bahaya yang berdampak pada kesehatan masyarakat yang membutuhkan respon cepat di luar kebiasaan normal dan kapasitas kesehatan yang tidak memadai.

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



Gambar 1: Indeks Pengurangan Risiko Krisis Kesehatan

Indeks pengurangan risiko krisis kesehatan mengacu empat indikator utama yaitu:

1. **Indeks Risiko** (R), yang bertujuan untuk memberikan informasi tingkat risiko bencana sehingga dapat digunakan oleh pemerintah daerah untuk melakukan analisis sebagai dasar

pembentukan kebijakan kelembagaan, kegiatan, perencanaan, statistik dan operasionalisasi penanggulangan bencana. Di Indonesia, indeks risiko sering dikenal dengan istilah IRBI atau indeks risiko bencana Indonesia, yang dihitung berdasarkan rumus:

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

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

2. ***Hazard* (H)** idealnya harus dikelola atau dicegah. Hazard dihitung berdasarkan probabilitas spasial, frekuensi dan kekuatan (*magnitude*) dari suatu fenomena, termasuk fenomena alam, non alam atau sosial. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana mengelompokkan jenis-jenis bencana sebagai berikut:

   a. Bencana alam, seperti gempa bumi, letusan gunung berapi, angin topan, tanah longsor, kekeringan, kebakaran hutan/lahan karena faktor alam, hama penyakit tanaman, epidemi, wabah, kejadian luar biasa, dan kejadian antariksa/benda-benda angkasa.
   b. Bencana nonalam, meliputi kebakaran hutan/lahan yang disebabkan oleh manusia, kecelakaan transportasi, kecelakaan transportasi, kegagalan konstruksi/teknologi, dampak industri, ledakan nuklir, pencemaran lingkungan dan kegiatan keantariksaan
   c. Bencana sosial, seperti seperti kerusuhan sosial dan konflik sosial.

3. ***Vulnerability* (V)** atau kerentanan adalah faktor yang memperberat dampak bencana, yang dihitung berdasarkan parameter sosial budaya, ekonomi, fisik dan lingkungan. Kerentanan dapat ditemukan pada balita, lansia, ibu hamil, ibu menyusui, penyandang disabilitas, dan komorbid, atau terkait dengan tingkat kesehatan masyarakat, perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), dan zona risiko Covid-19. Kerentanan merupakan faktor yang dapat memperberat dampak bencana.

4. ***Capacity* (C)** atau kapasitas merupakan satu-satunya hal yang bisa dimodifikasi atau ditingkatkan. Jika dinilai dengan menggunakan pendekatan tingkat ketahanan daerah, terdapat tujuh prioritas yang dapat meningkatkan kapasitas:

   a. Penguatan kebijakan dan kelembagaan
   b. Pengkajian risiko dan perencanaan terpadu
   c. Pengembangan sistem informasi, pendidikan dan pelatihan (diklat), dan logistik
   d. Penanganan tematik kawasan rawan bencana
   e. Peningkatan efektifitas pencegahan dan mitigasi bencana
   f. Penguatan kesiapsiagaan dan penanggulangan darurat bencana
   g. Pengembangan sistem pemulihan bencana

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

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

1. Analisis/kaji cepat kesehatan/*rapid health assessment* (RHA) dilakukan dalam kondisi data yang masih sangat terbatas. Pada tahap ini, Pusat Krisis Kesehatan akan turun ke lapangan untuk melakukan RHA. Tim siaga kesehatan reproduksi dapat memanfaatkan kalkulator PPAM (dapat dilihat pada materi MPI 3)

2. Menyusun rekomendasi/strategi secara cepat dan berani mengambil risiko yang terukur

3. Respon cepat dalam kondisi sumber daya yang terbatas. Untuk mengatasi situasi ini, ada upaya utama yang harus dilakukan guna menjaga keberlangsungan program yaitu (1) fleksibilitas dan dan adaptasi cepat untuk mencapai indikator minimal sesuai perkembangan situasi, dan (2) terus memperbarui informasi terkini.

Penanggulangan krisis kesehatan dilaksanakan secara berjenjang dari tingkat kabupaten hingga nasional, dengan mempertimbangkan ketersediaan sumberdaya dan kemampuan pemerintah daerah. Kegiatan identifikasi dan pendataan sumber daya yang dimiliki oleh masing-masing organisasi dilakukan pada saat sebelum bencana, sehingga ketika krisis kesehatan terjadi,

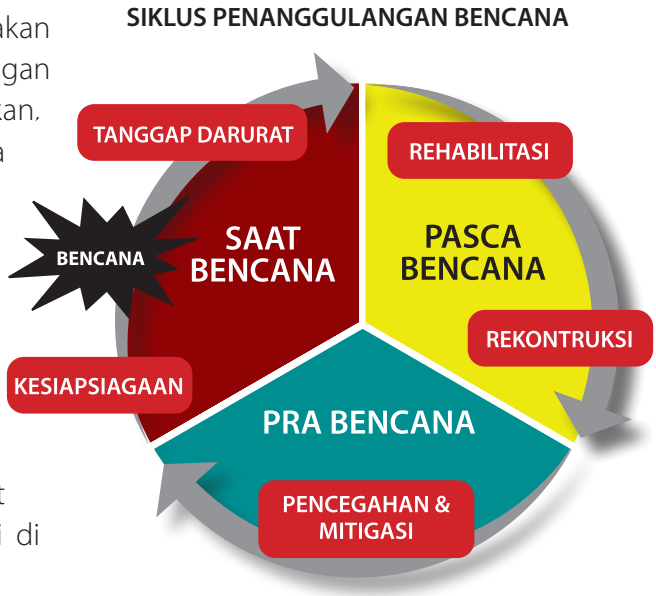
koordinator kesehatan reproduksi dapat melakukan aktivasi organisasi dan lembaga yang ada di daerah tersebut.

2.2. Tahapan Krisis Kesehatan

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

1. **Prakrisis Kesehatan:** merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan pada situasi tidak terjadi bencana atau situasi terdapat potensi terjadinya bencana. Kegiatan di tahap ini meliputi perencanaan penanggulangan krisis kesehatan, pengurangan risiko krisis kesehatan, pendidikan dan pelatihan, penetapan persyaratan standar teknis dan analisis penanggulangan krisis kesehatan, kesiapsiagaan, dan mitigasi kesehatan;
2. **Tanggap darurat krisis kesehatan:** merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan segera setelah terjadinya bencana untuk menangani dampak kesehatan yang ditimbulkan, yang meliputi kegiatan penyelamatan dan evakuasi korban, pemenuhan kebutuhan dasar, perlindungan dan pemulihan korban, prasarana serta fasilitas pelayanan kesehatan; dan
3. **Pascakrisis kesehatan:** merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan dengan segera untuk memperbaiki, memulihkan, dan/atau membangun kembali prasarana dan fasilitas pelayanan kesehatan.

   Masa tanggap darurat pada situasi krisis kesehatan ditetapkan oleh pemerintah berdasarkan rekomendasi dari Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) maupun Badan Penanggulangan Bencana Daerah. Tahapan situasi bencana dapat digambarkan dalam suatu siklus seperti di samping ini:



Gambar 2: Siklus Penanggulangan Bencana

2.3. Pendekatan Klaster dalam Bencana

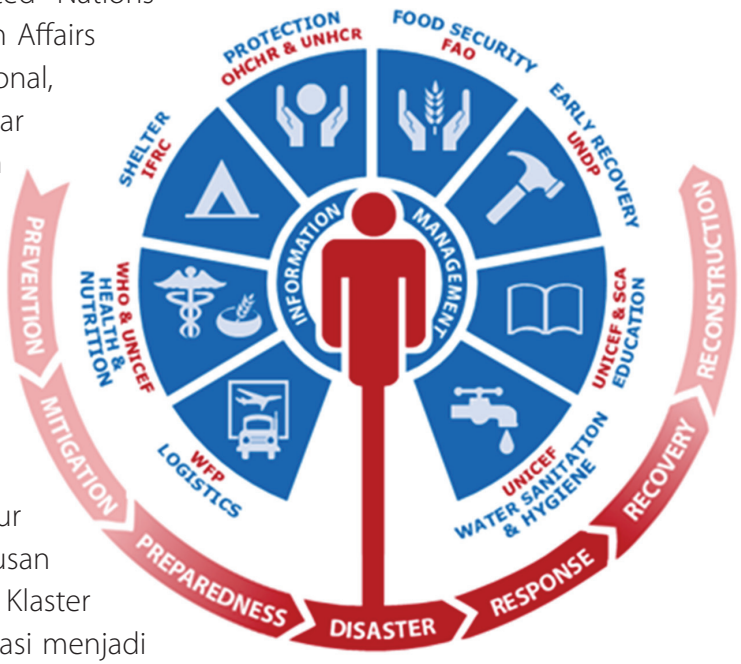
Klaster merupakan sekelompok badan, organisasi, dan/atau lembaga yang bekerjasama untuk mencapai tujuan bersama, yaitu untuk mengatasi kebutuhan pada sektor tertentu (contohnya adalah klaster kesehatan). Pendekatan klaster adalah salah satu pendekatan koordinatif yang menyatukan semua pihak terkait, baik pemerintah maupun non pemerintah dalam upaya penanggulangan bencana, untuk meminimalkan kesenjangan dan tumpang tindih dalam bantuan/pelayanan.

2.3.1. Klaster Bencana di Tingkat Internasional

Klaster internasional adalah kelompok organisasi kemanusiaan, baik PBB dan non-PBB, di masing-masing sektor utama aksi kemanusiaan, misalnya air dan fasilitas sanitasi, kesehatan dan logistik. Mereka ditunjuk oleh Inter-Agency Standing Committee (IASC) /Komite Tetap Antar Lembaga dan memiliki tanggung jawab yang jelas untuk koordinasi. Klaster ini diketuai oleh United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (UNOCHA). Ada 11 (sebelas) klaster internasional, salah satunya klaster kesehatan. (insert gambar 3: sistem klaster internasional, saat ini masih ada di hal. 9)

2.3.2. Klaster Bencana di Tingkat Nasional

Indonesia mengadopsi sistem klaster internasional dalam penanggulangan bencana daerah. Dengan mempertimbangkan situasi dan struktur pemerintah maka berdasarkan keputusan Kepala BNPB Nomor 173 Tahun 2015, Klaster Nasional Penanggulangan Bencana diadaptasi menjadi 8 klaster, yaitu (1) kesehatan, (2) pencarian



Gambar 3: Sistem Klaster Internasional

dan penyelamatan, (3) logistik, (4) pengungsian dan perlindungan, (5) pendidikan, (6) sarana dan prasarana, (7) ekonomi, dan (8) pemulihan dini. Dari 8 klaster tersebut yang terkait dengan kesehatan reproduksi adalah klaster kesehatan dan klaster pengungsian dan perlindungan.

Dalam penanggulangan bencana, diperlukan koordinasi dan kerjasama dari berbagai pihak baik dari tingkat nasional, internasional, pemerintah maupun swasta/masyarakat. Klaster merupakan sekelompok badan, organisasi, dan/atau lembaga yang bekerjasama untuk mencapai tujuan bersama dalam mengatasi kebutuhan pada sektor tertentu saat terjadi bencana (contohnya sektor kesehatan). Pendekatan klaster adalah salah satu pendekatan koordinatif yang menyatukan semua pihak terkait, baik pemerintah maupun nonpemerintah dalam upaya penanggulangan bencana, untuk meminimalkan kesenjangan dan tumpang tindih pemberian bantuan/pelayanan.

Gambar 4: Sistem Klaster Nasional

2.3.3. Badan Nasional Penanggulangan Bencana

Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) merupakan lembaga pemerintah non-departemen setingkat menteri yang memiliki fungsi merumuskan dan menetapkan kebijakan penanggulangan bencana dan penanganan pengungsi secara cepat, tepat, efektif dan efisien serta mengoordinasikan pelaksanaan kegiatan penanggulangan bencana secara terencana, terpadu dan menyeluruh di tingkat nasional.

2.3.4. Badan Penanggulangan Bencana Daerah

Badan Penanggulangan Bencana Daerah (BPBD) adalah perangkat daerah yang dibentuk untuk melaksanakan tugas dan fungsi penyelenggaraan penanggulangan bencana di daerah. Pada tingkat provinsi, BPBD dipimpin oleh seorang pejabat setingkat di bawah gubernur atau setingkat eselon Ib (satu b) dan pada tingkat kabupaten/kota dipimpin oleh seorang pejabat setingkat di bawah bupati/walikota atau setingkat eselon IIa (dua a). Struktur klaster di tingkat subnasional mengikuti klaster tingkat nasional.

2.3.5. Klaster Kesehatan Nasional

Penanggulangan bencana di bidang kesehatan dilakukan melalui pendekatan subklaster. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) Nomor 75 Tahun 2019, terdapat 6 subklaster di bawah klaster kesehatan ditambah dengan 3 tim tambahan yang dibentuk sebagai penunjang. Struktur subklaster di bawah Klaster Kesehatan Nasional terdiri dari:

No.	Subklaster
1	Subklaster pelayanan kesehatan
2	Subklaster pengendalian penyakit dan kesehatan lingkungan
3	Subklaster kesehatan reproduksi
4	Subklaster kesehatan jiwa
5	Subklaster pelayanan gizi
6	Subklaster identifikasi korban mati (*disaster victim identification*/DVI)

Ditambah dengan pembentukan tim:	
1	Tim logistik
2	Tim data dan informasi
3	Tim promosi kesehatan

2.3.6. Subklaster Kesehatan Reproduksi

Subklaster kesehatan reproduksi merupakan bagian dari klaster kesehatan yang bertanggung jawab untuk tersedia dan terlaksananya pelayanan kesehatan reproduksi pada krisis kesehatan untuk mengurangi risiko kesakitan dan kematian kelompok rentan kesehatan reproduksi. Di Indonesia, subklaster kesehatan reproduksi juga bertanggung jawab untuk pelaksanaan pelayanan minimum kesehatan balita dan kesehatan lansia pada krisis kesehatan. Subklaster kesehatan reproduksi dibentuk di tingkat pusat hingga di tingkat provinsi dan kabupaten/ kota secara berjenjang, berfungsi dan berkoordinasi sejak prakrisis, saat krisis dan pascakrisis kesehatan.

Subklaster kesehatan reproduksi mempunyai anggota lembaga pemerintah, swasta, organisasi profesi dan masyarakat penggiat kesehatan reproduksi dan diketuai seorang koordinator yang mengoordinasikan pelaksanaan komponen-komponen dari PPAM Kesehatan Reproduksi serta memastikan ketersediaan logistik untuk implementasi PPAM. Untuk setiap komponen PPAM Kesehatan Reproduksi, ditunjuk seorang penanggung jawab komponen.

Di tingkat pusat, koordinator subklaster kesehatan reproduksi adalah pemangku jabatan struktural/ eselon 2 penanggung jawab program kesehatan reproduksi yaitu Direktur Kesehatan Keluarga, Kementerian Kesehatan. Sedangkan penanggung jawab setiap komponen PPAM kesehatan reproduksi yaitu eselon 3 penanggung jawab program yang sesuai tugas dan fungsinya pada komponen PPAM Kesehatan Reproduksi. Penjelasan lebih detail tentang subklaster kesehatan reproduksi dapat dilihat di Bab IV.

BAB III

PAKET PELAYANAN AWAL MINIMUM (PPAM) KESEHATAN REPRODUKSI

PPAM di Lombok Utara, 2018

Kredit Foto: Dr Stenly Sajow/UNFPA

3.1. Definisi Kesehatan Reproduksi

Masalah kesehatan reproduksi kerap terjadi dan cenderung meningkat pada situasi krisis kesehatan. Kondisi-kondisi yang meningkat dalam situasi krisis kesehatan antara lain

a. persalinan yang dapat terjadi kapanpun selama proses pengungsian,

b kekurangan gizi dan anemia yang meningkatkan risiko komplikasi kehamilan,

c. kekurangan akses terhadap pelayanan kegawatdaruratan obstetri komprehensif yang meningkatkan risiko kematian ibu,

d. kurangnya pelayanan keluarga berencana yang meningkatkan risiko yang berhubungan dengan kehamilan yang tidak direncanakan,

e. kekerasan seksual, kekerasan oleh pasangan dan praktik-praktik berbahaya yang dapat meningkat pada situasi krisis kesehatan,

f. kebutuhan remaja yang tidak terpenuhi seperti perlindungan saat menstruasi, kebersihan diri dan kebutuhan kespro lainnya, serta

g. lemahnya perlindungan dan kewaspadaan standar pada pelayanan kesehatan.

Menurut Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 71 Ayat 1, kesehatan reproduksi adalah suatu keadaan fisik, mental dan sosial yang utuh, bukan hanya bebas dari penyakit atau kecacatan dalam segala aspek yang berhubungan dengan sistem reproduksi, fungsi serta prosesnya baik pada laki-laki maupun perempuan.

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

3.2. PPAM Kesehatan Reproduksi

Ketersediaan layanan kesehatan reproduksi sejak awal bencana/krisis kesehatan dipastikan melalui pelaksanaan PPAM Kesehatan Reproduksi. PPAM Kesehatan Reproduksi merupakan serangkaian kegiatan prioritas kesehatan reproduksi yang harus segera dilaksanakan pada tanggap darurat krisis kesehatan dalam rangka menyelamatkan jiwa pada kelompok rentan.

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

Jika PPAM Kesehatan Reproduksi tidak dilaksanakan, akan terjadi konsekuensi: 1) meningkatnya kematian maternal dan neonatal, balita dan lanjut usia 2) meningkatnya risiko kasus kekerasan seksual dan komplikasi lanjutan, 3) meningkatnya penularan infeksi menular seksual (IMS), 4) terjadinya kehamilan yang tidak direncanakan dan aborsi yang tidak aman, dan 5) terjadinya penyebaran HIV.

Tabel 2 Penjelasan tentang PPAM

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

3.3. PPAM Sebagai Intervensi Prioritas pada Krisis Kesehatan

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

Pada situasi krisis kesehatan terdapat beberapa kondisi sebagai berikut:

1. Akan tetap ada ibu hamil yang membutuhkan pelayanan dan dapat melahirkan sewaktu-waktu, termasuk persalinan prematur akibat situasi yang kacau setelah terjadi bencana. Berdasarkan estimasi statistik, 4% dari penduduk yang terkena dampak bencana adalah ibu hamil pada kurun waktu tertentu.
2. 15-20% ibu hamil akan mengalami komplikasi dalam kehamilan dan persalinan.
3. 75% penduduk yang terdampak adalah perempuan, remaja perempuan dan anak-anak.
4. 19% remaja usia 10-19 tahun yang berisiko mengalami kekerasan seksual, perkawinan anak, perdagangan manusia, dll.
5. 27% wanita usia subur (15-49 tahun) memerlukan pelayanan kesehatan reproduksi dan membutuhkan pembalut saat mengalami menstruasi.*
6. 13% dari pengungsi adalah kelompok balita**
7. 9,7 % dari pengungsi adalah kelompok lanjut usia***

Sumber:

**a-b : estimasi statistik dari kalkulator PPAM*
*** Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan*
****Data proyeksi penduduk, 2018 Bappenas*

Pada tanggal 28 September 2018, Sulawesi Tengah diguncang oleh gempa bumi berkekuatan 7,4 SR yang menimbulkan tsunami dan likuifaksi. Bencana ini mengakibatkan 2.101 orang meninggal dunia, 4.000 luka-luka, dan 133.630 orang terpaksa meninggalkan rumah mereka dan mencari perlindungan di 908 kamp pengungsi di kota dan kabupaten yang paling terdampak yaitu Palu, Sigi, dan Donggala (Pasigala)*.

Selama 3 bulan pelayanan kesehatan reproduksi dari bulan Oktober- Desember 2018 yang diberikan oleh 15 tenda kesehatan reproduksi di 3 kabupaten yang paling terdampak, tercatat**:

227 persalinan
141 kasus rujukan maternal dan neonatal
3293 pemeriksaan ibu hamil
959 pelayanan keluarga berencana
451 pelayanan kesehatan lanjut usia
504 pelayanan kesehatan neonatal
881 pelayanan kesehatan bayi

Sumber:

** UNFPA Indonesia internal situational report no 5 as of 24 October 2021.*
***Data pelayanan 15 tenda kesehatan reproduksi di Palu, Sigi dan Donggala Oktober-Desember 2018)*

3.4. Target Sasaran PPAM

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

3.5. Waktu Pelaksanaan PPAM

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

Tabel 3 Pelaksanaan PPAM pada Setiap Tahapan Krisis Kesehatan

Tahap Krisis Kesehatan	Kegiatan
Prakrisis Kesehatan	• Pembentukan subklaster kesehatan reproduksi • Advokasi dan sosialisasi PPAM • Pelatihan dan orientasi PPAM • Penyusunan kebijakan • Penyusunan Norma Standar Prosedur dan Kriteria (NSPK) • Penyediaan logistik PPAM • Melakukan penilaian kesiapsiagaan PPAM (*the MISP eadiness Assessment*/MRA)*
Tanggap darurat krisis kesehatan	• Penerapan Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM)
Pascakrisis Kesehatan	• Perencanaan kesehatan reproduksi komprehensif yang terintegrasi ke dalam pelayanan kesehatan dasar

* The MRA: *the MISP readines assessment* atau penilaian kesiapsiagaan PPAM

Penilaian kesiapsiagaan PPAM adalah sebuah proses penilaian yang bertujuan untuk memberikan gambaran tentang kesiapan di tingkat nasional dan subnasional untuk memastikan tersedianya akses ke pelayanan kesehatan reproduksi prioritas yang menjadi bagian dari PPAM. Proses ini membantu untuk mengidentifikasi komponen-komponen PPAM yang perlu diperkuat dan merupakan langkah awal untuk program kesiapsiagaan yang lebih terstruktur dan strategis untuk mencapai tujuan PPAM. Informasi tentang penilaian kesiapsiagaan PPAM dapat dilihat di lampiran 1.

3.6. Penanggung Jawab PPAM

Memastikan tersedianya pelayanan kesehatan reproduksi pada situasi krisis kesehatan dan terlaksananya PPAM adalah merupakan tanggung jawab semua anggota klaster kesehatan dan dilaksanakan di bawah koordinasi subklaster kesehatan reproduksi. Sedangkan masing-masing

penanggung jawab komponen PPAM bertugas untuk memastikan bahwa semua kegiatan dan tujuan dari semua komponen PPAM Kesehatan Reproduksi terlaksana sesuai dengan rencana.

3.7. Komponen dan Tujuan PPAM

PPAM dilaksanakan untuk menjawab kebutuhan kelompok rentan kesehatan reproduksi yang terdampak bencana seperti ibu hamil, bersalin, pascapersalinan, bayi baru lahir, remaja, Wanita Usia Subur (WUS), orang dengan HIV (ODHIV), balita dan lanjut usia. Komponen PPAM Kesehatan Reproduksi dilaksanakan segera setelah mendapatkan hasil penilaian dari tim kaji cepat di lapangan (tim *Rapid Health Assessment*/RHA).

Di tingkat global terdapat 6 komponen dari PPAM dan di Indonesia telah disesuaikan menjadi 7 komponen dan 2 komponen pengembangan di Indonesia.

Penyesuaian komponen PPAM di Indonesia dilakukan dengan alasan sebagai berikut:

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

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

Tabel 4 Perbandingan Komponen PPAM di Tingkat Global dengan Penyesuaian di Indonesia:

PPAM Internasional	Penyesuaian di Indonesia
Komponen	**Komponen**
Komponen 1: Klaster kesehatan menunjuk organisasi/koordinator untuk mengoordinasikan pelaksanaan PPAM	**Komponen 1**: Klaster kesehatan menunjuk koordinator kesehatan reproduksi untuk mengoordinasikan pelaksanaan PPAM
Komponen 2: Mencegah kekerasan seksual dan merespon kebutuhan penyintas	**Komponen 2**; Mencegah kekerasan seksual dan merespon kebutuhan penyintas
Komponen 3: Mencegah penularan dan mengurangi kesakitan dan kematian akibat HIV dan IMS lainnya	**Komponen 3**: Mencegah penularan dan mengurangi kesakitan dan kematian akibat HIV dan IMS lainnya
Komponen 4: Mencegah meningkatnya kesakitan dan kematian maternal dan neonatal	**Komponen 4**: Mencegah meningkatnya kesakitan dan kematian maternal dan neonatal
Komponen 5: Mencegah kehamilan yang tidak direncanakan	**Komponen 5**: Mencegah kehamilan yang tidak direncanakan
Komponen 6: Merencanakan pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif terintegrasi dengan pelayanan kesehatan dasar	**Komponen 6**: Kesehatan reproduksi remaja dan pelibatan remaja
	Komponen pengembangan
	Komponen 7: Pelayanan minimum kesehatan balita*
	Komponen 8: Pelayanan Minimum Kesehatan Lanjut usia (PMKL)*
	Komponen 9: Merencanakan pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif yang terintegrasi ke pelayanan kesehatan dasar

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

Penjelasan tentang masing-masing komponen PPAM dapat dilihat di Bab IV

3.8. Integrasi PPAM Kesehatan Reproduksi dan Kekerasan Berbasis Gender (KBG)

Pelaksanaan PPAM Kesehatan Reproduksi harus dilakukan secara terkoordinasi dan terintegrasi dengan intervensi klaster terkait di bawah sistem klaster nasiona,l seperti integrasi dengan intervensi subklaster pencegahan dan penanganan kekerasan berbasis gender dan pemberdayaan perempuan (PPKBG PP). Salah satu komponen dari PPAM adalah mencegah kekerasan seksual dan merespon kebutuhan penyintas, serta difokuskan pada pemberian pelayanan klinis, dukungan psikososial dan kesehatan jiwa serta keamanan bagi penyintas. Integrasi dengan intervensi subklaster pencegahan dan penanganan kekerasan berbasis gender dan perlindungan perempuan akan memberikan akses kepada penyintas kekerasan seksual ke pelayanan multisektoral yang komprehensif termasuk akses untuk distribusi *kit dignity/kit* khusus perempuan, mengikuti kegiatan pemberdayaan ekonomi, dukungan psikososial dan kegiatan-kegiatan lainnya di tenda ramah perempuan.

Integrasi layanan ini tercermin dalam standar minimum pencegahan dan penanganan kekerasan berbasis gender (KBG) dalam situasi bencana untuk mitigasi, pencegahan KBG dan merespon kebutuhan penyintas yang meliputi adanya layanan kesehatan, dukungan kesehatan mental dan psikososial, keamanan dan keselamatan, bantuan hukum dan penegakan hukum, distribusi kit dignity/kit khusus perempuan, sistem rujukan, pemberdayaan sosial-ekonomi dan pengarusutamaan/lintas sektor (Pedoman Hak Perempuan dan Anak dari Kekerasan Berbasis Gender dalam Bencana, KPPPA-UNFPA, edisi ke-2 2020)

3.9. Integrasi PPAM dengan Dukungan Psikososial

Dalam pelaksanaan PPAM, dukungan psikososial sangat diperlukan bagi penyedia pelayanan kesehatan yang terdampak krisis kesehatan maupun bagi setiap kelompok sasaran dari masing-masing komponen PPAM. Oleh karena itu dukungan psikososial menjadi bagian penting dari setiap kegiatan yang dilakukan untuk masing-masing komponen dan dapat disediakan dengan bekerja sama dengan subklaster kesehatan jiwa. Kerja sama juga dapat dilakukan dengan organisasi profesi seperti Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), Himpunan Psikologi

Indonesia (HIMPSI), LSM dan relawan terkait di bawah koordinasi Klaster Perlindungan dan Pengungsian di bawah koordinasi Kementerian Sosial.

3.10. Prinsip Dasar dalam Pelaksanaan PPAM

Dalam pelaksanaannya PPAM harus mengikuti prinsip-prinsip kemanusiaan dan prinsip dasar dalam pelaksanaan PPAM.

3.10.1. Prinsip Kemanusiaan

Ada 4 prinsip dasar kemanusiaan yang harus diikuti yaitu:

1. Kemanusiaan (*humanity*)
   Penderitaan manusia harus ditangani di mana pun terjadi. Tujuan dari aksi kemanusiaan adalah untuk melindungi kehidupan dan kesehatan serta menjamin penghormatan terhadap manusia.
2. Kenetralan (*neutrality*)
   Pekerja kemanusiaan tidak boleh memihak dalam permusuhan atau terlibat dalam kontroversi yang bersifat politik, ras, agama atau ideologis. Pekerja kemanusiaan tidak boleh memihak dalam permusuhan atau terlibat dalam kontroversi yang bersifat politik, ras, agama atau ideologis
3. Ketidakberpihakan (*impartiality*)
   Tindakan kemanusiaan harus dilakukan atas dasar kebutuhan saja, dengan mengutamakan kasus-kasus penderitaan yang paling mendesak dan tidak membeda-bedakan atas dasar kebangsaan, ras, jenis kelamin, keyakinan agama, kelas atau pendapat politik.
4. Kemerdekaan (*independence*)
   Aksi kemanusiaan harus terlepas dari tujuan politik, ekonomi, militer atau lainnya yang mungkin dikendalikan oleh setiap pihak terkait dengan bidang di mana aksi kemanusiaan sedang dilaksanakan.

3.10.2 Prinsip dasar dalam pelaksanaan PPAM

a. Bekerja dalam kemitraan yang saling menghormati dengan masyarakat pengguna pelayanan, penyedia layanan dan mitra lokal dan internasional.

b. Memastikan kesetaraan dengan memenuhi kebutuhan kesehatan reproduksi yang beragam dan memastikan layanan dan komoditas tersebut tersedia secara gratis, terjangkau dan berkualitas tinggi.

c. Memberikan informasi dan pilihan yang komprehensif, berbasis bukti, dan dapat diakses tentang pelayanan dan komoditas yang tersedia.

d. Memastikan partisipasi yang efektif dan bermakna pengguna pelayanan dan menghormati hak mereka untuk membuat keputusan dan pilihan untuk layanan dan komoditas .

e. Memastikan privasi dan kerahasiaan bagi semua orang dan memperlakukan secara hormat dan bermartabat

f. Mempromosikan kesetaraan, terkait dengan, usia, jenis kelamin, identitas gender, status perkawinan, orientasi seksual, lokasi (misalnya pedesaan/perkotaan), disabilitas, ras, warna kulit, bahasa, agama, politik atau pendapat lain, kebangsaan, asal etnis, status sosial dan aspek lainnya

g. Mengakui dan menangani dinamika gender dan kekuasaan di fasilitas perawatan kesehatan untuk memastikan bahwa orang tidak mengalami pemaksaan, diskriminasi, atau kekerasan/ penganiayaan/tidak menghormati atau pelecehan dalam menerima atau memberikan pelayanan kesehatan

h. Melibatkan dan memobilisasi komunitas termasuk populasi yang sering terpinggirkan seperti remaja di penjangkauan masyarakat untuk menginformasikan masyarakat tentang ketersediaan dan lokasi layanan dan komoditas PPAM

i. Memantau pelayanan dan komoditas, memberikan informasi dan hasil dengan tujuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan.

BAB IV

LANGKAH-LANGKAH PELAKSANAAN MASING-MASING KOMPONEN PPAM

Rapat Subklaster Kesehatan Reproduksi pascagempa NTB 2018

kredit foto:
Subklaster Kespro NTB

Bab ini menjelaskan tentang 9 komponen PPAM Kesehatan Reproduksi secara detail beserta langkah-langkah yang harus dilakukan pada tahap tanggap darurat krisis kesehatan.

4.1. Klaster Kesehatan Menunjuk Koordinator Kesehatan Reproduksi untuk Mengoordinasikan Pelaksanaan PPAM

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

Langkah-langkah/kegiatan yang dilakukan dalam komponen 1 adalah

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

Mekanisme koordinasi PPAM dilakukan secara berjenjang, meliputi:

1. Tingkat kabupaten/kota:
   a. Koordinasi mengikuti alur subklaster kesehatan reproduksi
   b. Koordinator: penanggung jawab kesehatan kesehatan keluarga di dinas kesehatan kabupaten/kota
2. Tingkat provinsi:
   a. Koordinasi mengikuti alur subklaster kesehatan reproduksi
   b. Koordinator: penanggung jawab kesehatan keluarga di dinas kesehatan provinsi

3. Tingkat nasional:

   a. Koordinasi dilakukan melalui subklaster kesehatan reproduksi

   b. Koordinator : ketua subklaster kesehatan reproduksi (Direktorat Kesehatan Keluarga,Kementerian Kesehatan)

      - Bila sebelum krisis kesehatan subklaster kesehatan reproduksi telah terbentuk, segera lakukan aktivasi agar subklaster bisa mengoordinasikan semua kegiatan PPAM pada tanggap darurat krisis kesehatan. Aktivasi subklaster kesehatan reproduksi dilakukan dengan mengadakan pertemuaan koordinasi segera setelah ditetapkannya masa tanggap darurat bencana oleh pemerintah daerah setempat.
      - Dalam pelaksanaan PPAM Kesehatan Reproduksi perlu ditunjuk penanggung jawab komponen.
      - Penetapan penanggung jawab komponen PPAM dilakukan melalui kesepakatan bersama organisasi terkait di setiap subklaster kesehatan reproduksi. Penanggung jawab komponen akan melaporkan pelaksanaan kegiatan di lapangan kepada koordinator subklaster kesehatan reproduksi.
      - Selanjutnya disepakati penanggung jawab untuk masing-masing komponen PPAM, yang dilakukan saat awal krisis kesehatan dan diikuti dengan pertemuan rutin selanjutnya sesuai dengan kesepakatan.

Tugas penanggung jawab dalam pelaksanaan komponen PPAM adalah

Menunjuk koordinator dan melakukan aktivasi subklaster kesehatan reproduksi untuk mengoordinasikan lintas program/lintas sektor, lembaga lokal dan internasional dalam pelaksanaan PPAM Kesehatan reproduksi

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

Melapor ke klaster kesehatan dan memberikan informasi ke subklaster pencegahan dan penanganan kekerasan berbasis gender dan pemberdayaan perempuan (PPKBG) dan atau pertemuan koordinasi nasional terkait pelaksanaan PPAM dan mendiskusikan berbagai isu terkait pelaksanaan PPAM

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

Memberi informasi tentang kesediaan tenaga, pelayanan dan komoditas kesehatan reproduksi dan melaporkan permasalahan yang ditemukan di lapangan serta memberi ruang untuk berkomunikasi dengan masyarakat yang terkena dampak krisis kesehatan.

Memastikan masyarakat mengetahui tentang ketersedian dan lokasi pelayanan kesehatan reproduksi.

1. Penanggung jawab komponen **mencegah kekerasan seksual dan merespon kebutuhan penyintas**:

   Penanggung jawab dapat berasal dari Kantor Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (KPPPA) di tingkat pusat atau dinas pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak (DP3A) atau lembaga berwenang di tingkat daerah dan institusi pemerhati pada isu kekerasan terhadap perempuan dan anak.

2. Penanggung jawab komponen **mencegah penularan dan mengurangi kesakitan dan kematian akibat HIV dan IMS lainnya**

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

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

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

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

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

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

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

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

   Penanggung jawab dapat berasal dari Subdirektorat Balita, Direktorat Kesehatan Keluarga Kementerian Kesehatan di tingkat pusat atau bidang terkait di dinas kesehatan di tingkat daerah dan institusi bertanggung jawab/pergerak di pelayanan kesehatan balita seperti

UNICEF, Yayasan Tunas Cilik, Yayasan Plan International dll. Penanggung jawab komponen ini akan berkoordinasi dan berkolaborasi dengan subklaster gizi dan pelayanan kesehatan.

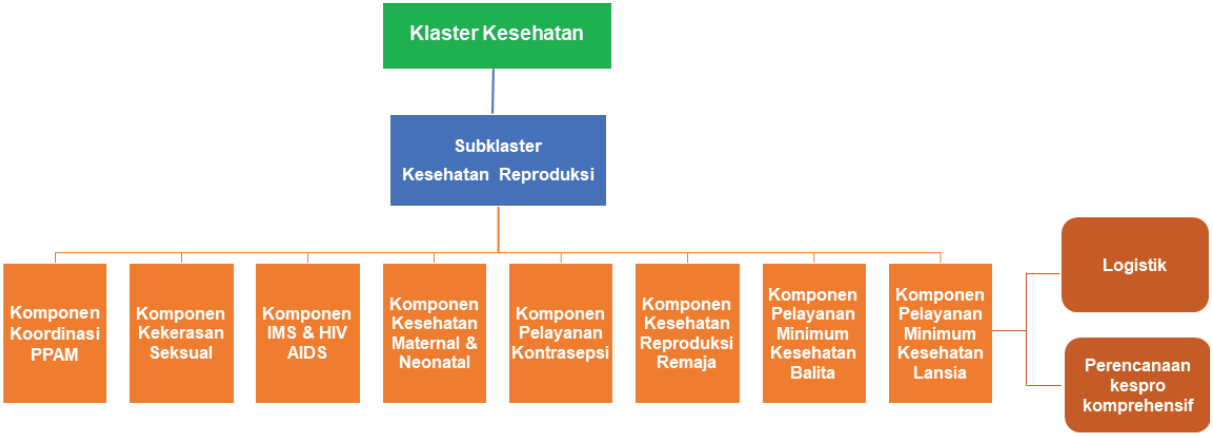
7. Penanggung jawab komponen **pelayanan minimum kesehatan lanjut usia (PMKL)**

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

8. Penanggung jawab **logistik**

   - Meskipun logistik bukan merupakan komponen PPAM tapi sangat penting untuk memastikan ketersediaan alat, obat dan bahan habis pakai untuk mendukung pelaksanaan PPAM serta alat kebutuhan logistik lainnya seperti tenda, *kit dignity/kit* khusus perempuan dll. Penanggung jawab logistik dapat dari institusi pemerintah atau instansi lain yang memiliki kapasitas untuk mengelola logistik kesehatan termasuk LSM seperti Americares dan sektor swasta (CSR) dll.
   - Selain penanggung jawab komponen di atas, sebaiknya ada yang ditunjuk sebagai penanggung jawab/***focal point*** untuk isu disabilitas dan ada perwakilan organisasi yang bekerja dengan penyandang disabilitas seperti Yakkum Emergency Unit (YEU), Himpunan Wanita dengan Disabilitas Indonesia (HWDI) dll.
   - Apabila di wilayah krisis belum terbentuk subklaster kesehatan reproduksi maka koordinator harus mengidentifikasi dan mengoordinasikan, bekerjasama dengan lembaga/institusi pemerhati kesehatan reproduksi baik lokal, nasional maupun internasional untuk membentuk subklaster/kelompok kerja kesehatan reproduksi di daerah.

Bagan 1 Struktur Organisasi Subklaster Kesehatan Reproduksi di Tingkat Pusat



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

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

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

1. Berperspektif mengutamakan kepentingan terbaik bagi masyarakat yang terdampak krisis kesehatan
2. Menghargai dan menghormati perbedaan pandangan dan kekuatan masing-masing
3. Sinergi dan berbagi informasi untuk menghindari duplikasi penilaian, upaya atau dukungan
4. Prinsip kesetaraan
5. Pembangunan kapasitas bersama melalui kemitraan
6. Akuntabilitas bersama
7. Melakukan penilaian bersama tentang tantangan dan peluang
8. Melibatkan sumber daya lokal
   - Rapat koordinasi subklaster kesehatan reproduksi dilakukan ketika pra, saat dan pascakrisis kesehatan.
   - Rapat koordinasi pada prakrisis kesehatan dilakukan sesuai dengan kesepakatan yang telah disepakati oleh anggota subklaster kesehatan reproduksi dengan mempertimbangkan besarnya bencana (misalnya: 3 bulan sekali atau 6 bulan sekali). Sedangkan pada situasi tanggap darurat krisis kesehatan, rapat dilakukan setiap hari, pagi atau sore hari dengan frekuensi yang semakin berkurang seiring dengan situasi yang berangsur normal.

Tabel 5: Rapat yang dilakukan pada setiap tahapan krisis kesehatan

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

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

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

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

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

Hal-hal yang dilakukan dalam koordinasi terkait pencegahan dan penanganan KBG dalam bencana meliputi

1. mengembangkan sistem informasi untuk berkoordinasi;
2. bersama-sama melakukan advokasi terkait KBG;
3. bekerja dengan media untuk mengedepankan kode etik dan perlindungan korban/ penyintas;
4. mengintegrasikan KBG dalam sektor lainnya;
5. mendukung pengembagan SOP dalam situasi bencana, termasuk dalam mengakses layanan kesehatan PPAM;

6. mengembangkan dan menguatkan kapasitas mitra-mitra mengenai isu KBG;
7. mengembangkan bahan-bahan KIE (komunikasi, informasi dan edukasi) bersama untuk pencegahan dan penanganan KBG termasuk alur rujukan (***referral pathway***) selama situasi krisis/bencana; dan
8. melakukan kajian, pengumpulan data dan pemantauan termasuk untuk kasus-kasus KBG yang ditangani.

Beberapa aspek yang dapat dipantau bersama: penerapan prinsip penanganan KBG, pelatihan dan penguatan kapasitas, pelibatan komunitas dan kelompok perempuan, upaya pencegahan yang sudah dilakukan berbagai sektor termasuk kesehatan, respon layanan kesehatan untuk KBG, layanan psikososial untuk KBG, keamanan dan perlindungan bagi penyintas, perempuan, anak dan masyarakat secara umum, koordinasi, rujukan, jalannya monitoring, dan evaluasi.

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

- Koordinator kesehatan reproduksi perlu mengidentifikasi lembaga dan organisasi yang bergerak di bidang kesehatan reproduksi untuk mengetahui lembaga apa yang dapat bekerjasama dalam subklaster kesehatan reproduksi pada situasi krisis kesehatan.
- Kegiatan identifikasi dan pendataan sumber daya yang dimiliki oleh masing-masing organisasi dilakukan pada saat pra bencana, sehingga ketika krisis kesehatan terjadi, koordinator kesehatan reproduksi dapat melakukan aktivasi organisasi dan lembaga yang ada di daerah tersebut.
- Untuk mengidentifikasi lembaga/organisasi yang bergerak di bidang kesehatan reproduksi, koordinator kesehatan reproduksi dapat menggunakan tabel di bawah ini atau tabel yang disepakati oleh anggota dari subklaster kesehatan reproduksi.

Tabel 6: Pendataan organisasi yang bekerja di bidang kesehatan reproduksi

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

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

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

Masing-masing penanggung jawab komponen PPAM menyampaikan informasi tentang:

1. Kegiatan yang dilakukan dan data cakupan pelayanan
2. Ketersediaan tenaga untuk memberikan pelayanan dan ketersediaan logistik
3. Kendala dan permasalahan dalam memberikan pelayanan
4. Rencana kegiatan yang dapat dilakukan secara bersama dengan anggota subklaster kesehatan reproduksi yang lain.

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

4.1.6 Memastikan masyarakat mengetahui tentang ketersedian dan lokasi pelayanan kesehatan reproduksi dan memberi ruang untuk berkomunikasi dengan masyarakat yang terkena dampak krisis kesehatan

- Pemberian informasi tentang ketersediaan pelayanan kesehatan reproduksi, yang berisi tentang jenis pelayanan, lokasi dan waktu untuk mengakses pelayanan serta nomor kontak penanggung jawab komponen/tenaga kesehatan/bidan setempat yang dapat dihubungi. Gunakan media komunikasi yang sesuai dengan situasi dan kondisi setempat (misalnya melalui bidan, kader kesehatan, tokoh masyarakat, pesan di radio atau selebaran berisi informasi di toilet).

4.2. Mencegah kekerasan seksual dan merespon kebutuhan penyintas

Pada situasi krisis di mana keadaan tidak stabil potensi terjadinya kekerasan seksual dapat meningkat. Pada situasi krisis kesehatan, peningkatan risiko kekerasan seksual dapat terjadi karena

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

Pada umumnya keterlibatan dan partisipasi perempuan pada perencanaan dan pemberian bantuan kemanusiaan sangat terbatas. Hal-hal di atas dapat memperbesar risiko terjadinya KBG, walaupun bukan menjadi faktor utama. KBG dalam konteks apa pun harus dicegah dan ditangani. Terlebih lagi dalam bencana, KBG juga terjadi dengan kekhasannya yang perlu dicegah dan ditangani secara lebih khusus, dalam arti menyesuaikan dengan kondisi pascabencana yang serba terbatas, rusak, atau bahkan tidak ada sumber daya sama sekali.

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

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

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

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

Subklaster kesehatan reproduksi berkoordinasi dengan subklaster pencegahan dan penanganan kekerasan berbasis gender dan perlindungan perempuan dan koordinator klaster kesehatan untuk menyampaikan kebutuhan dan rekomendasi terkait tindakan dalam mencegah kekerasan seksual

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

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

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

Memastikan adanya petugas kompeten untuk penanganan kasus kekerasan seksual

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

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

- menempatkan satu keluarga dalam tempat/tenda yang sama atau menyediakan tenda keluarga yang tidak berkampur dengan keluarga yang lain;

- menempatkan perempuan yang menjadi kepala keluarga, anak, dan lansia dengan ketergantungan berat dan total yang terpisah dari keluarga pada satu tempat yang sama, yang berada dekat dengan pos kesehatan, untuk memudahkan petugas dalam memberikan perlindungan dan melakukan pemantauan. Apabila tidak memungkinkan, mereka dapat ditempatkan pada satu tenda yang sama yang diberi sekat;
- menempatkan fasilitas mandi cuci kakus (MCK) pada tempat yang tidak terlalu jauh dari lokasi pemukiman/tenda dan dekat dengan pos keamanan.

Diupayakan agar:

1. MCK harus terpisah antara laki-laki dan perempuan, tidak berdekatan
2. Akses menuju MCK mempunyai penerangan yang cukup
3. Terdapat penerangan yang cukup di MCK
4. Pintu MCK dapat di kunci dari dalam.
5. Jumlah MCK perempuan lebih banyak dari MCK laki-laki karena perempuan memerlukan waktu yang lebih lama dibandingkan laki-laki sehingga tidak terjadi antrian yang panjang
6. Toilet harus ramah bagi kelompok rentan seperti penyandang disabilitas dan lanjut usia.
    - Hal yang perlu diperhatikan antara lain: berada di tempat yang mudah dijangkau, memiliki ruang yang cukup untuk masuk dan keluarnya pengguna kursi roda, di dinding di samping jamban ada pegangan (***grab bar/ handrail***), ketinggian tempat duduk kloset 40-45 cm, penggunaan material yang tidak licin, pintu masuk yang tidak terlalu tinggi, gagang pintu berbentuk pegangan (***door handles***) bukan kenop (***knobs***) dan, ada penanda : "toilet khusus penyandang disabilitas dan lansia".
    - Lansia yang dengan ketergantungan harus dengan pendamping saat ke toilet,
    - Memastikan akses yang aman pada perempuan dan anak saat memenuhi kebutuhan domestik (misalnya mengambil kayu bakar, air bersih, dsb.
    - Melakukan koordinasi dengan penanggung jawab keamanan untuk menerapkan sistem ronda dalam mencegah terjadinya kekerasan seksual pada anak dan perempuan.
    - Meningkatkan edukasi bagi perempuan dan anak tentang pencegahan kekerasan seksual khususnya di situasi krisis kesehatan.

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

- Prinsip-prinsip dalam pemberian pelayanan penyintas kekerasan seksual:
    1. Memastikan KESELAMATAN penyintas
    2. Memberikan jaminan KERAHASIAAN
    3. MENGHARGAI keinginannya, haknya dan martabatnya sebagai penyintas
    4. Memastikan layanan TIDAK DISKRIMINATIF
    5. Untuk KEPENTINGAN TERBAIK ANAK
- Tersedianya tempat pelayanan yang menjamin privasi dan kerahasiaan penyintas perkosaan
- Memastikan SOP yang jelas serta peralatan dan logistik yang memadai
- Upaya minimal yang dilaksanakan pada penanganan kekerasan seksual, dapat melibatkan lintas sektor sebagai berikut:
    1. Kesehatan adalah Kementerian Kesehatan
    2. Psikososial adalah Kementerian Sosial,
    3. Keselamatan /keamanan adalah Kepolisian
    4. Hukum /keadilan oleh Kementerian Hukum dan HAM.
- Memastikan tenaga kesehatan melakukan kegiatan pelayanan kekerasan seksual di tempat pengungsian, dengan melakukan observasi sebagai berikut:

Tabel 7 Daftar Tilik Pelayanan Klinis Penyintas Kekerasan eksual

No	Daftar tilik pelayanan kekerasan seksual	Ya	Tidak
1	Memberikan konseling dan dukungan kepada penyintas		
2	Melakukan anamnesa dan pemeriksaan fisik		
3	Mencatat dan mengumpulkan bukti-bukti forensik		
4	Menjaga kerahasiaan		
5	Memastikan tersedianya obat-obatan yang diberikan pada penyintas 1. Kontrasepsi darurat 2. Pencegahan IMS 3. Profilaksis pascapajanan untuk mencegah penularan HIV Catatan: penanganan klinis penyintas perkosaan dapat dilihat di lampiran 10		
6	Melakukan dukungan psikologis awal *(psychological first aid)*		
7	Merujuk untuk pelayanan lebih lanjut, misalnya kesehatan, psikologis dan sosial		

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

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

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

1. Air dan sanitasi, perempuan kerap mengerjakan pekerjaan domestik seringkali pemenuhan kebutuhan air bersih menjadi tugas perempuan. Oleh karena itu perempuan harus dilibatkan dalam perencanaan pengadaan air dan sanitasi yang mudah dijangkau dan aman bagi kesehatan dan keselamatan perempuan.
2. Manajemen kamp/barak/tenda

   Pada saat pembentukan manajemen kamp/barak/tenda harus ada perwakilan perempuan agar bisa menyampaikan pendapat dan kebutuhan perempuan terkait tempat pengungsian seperti perlunya diberikan tempat berganti pakaian, tempat untuk menyusui dan kebutuhan khusus perempuan lainnya
3. Kelompok masyarakat, perempuan dilibatkan menjadi bagian dari kelompok yang aktif untuk pengambil keputusan di dalam masyarakat. Membuka kesempatan untuk menjadi tokoh masyarakat, tidak hanya menjadi objek dari keputusan yang telah diputuskan.
4. Kesehatan, perempuan dapat berperan aktif memantau kesehatan masyarakat. Dimulai dari kesehatan ibu dan anak, gizi, lingkungan, pelayanan terhadap kelompok rentan, dll.
5. Layanan masyarakat, perempuan terlibat aktif dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat. Penting agar perempuan menjadi subyek tidak hanya sebagai objek. Perempuan dapat berperan aktif dalam pengelolaan manajemen pengungsian, pengaturan dapur dan lain sebagainya.
6. Penempatan polisi atau petugas keamanan perempuan di tempat pengungsian untuk memastikan perlindungan/keamanan berlangsung 24 jam/7 hari.

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

- Pemerintah (Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, Kementerian Kesehatan, Kementerian Sosial, Kementerian Hukum dan HAM, Kepolisian)
- Organisasi/lembaga yang berfokus di permasalahan perempuan, lembaga swadaya masyarakat (LSM) dan Komnas Perempuan
- Anggota masyarakat atau kelompok-kelompok yang sudah terbentuk dalam masyarakat, tokoh-tokoh masyarakat, misalnya pemimpin agama, kepala desa
- Pelibatan kelompok laki-laki, baik dewasa, remaja dan anak-anak untuk mencegah dan menangani kekerasan seksual dan kekerasan berbasis gender.
- Para penegak hukum (kepolisian, pendamping hukum, jaksa dan hakim)

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

Penanggung jawab komponen kekerasan berbasis gender harus memastikan tersedianya Informasi adanya pelayanan bagi penyintas perkosaan. Informasi bisa diberikan/ditempel di toilet atau di tempat pengungsian. Informasi yang dimaksud dapat berupa poster/spanduk yang dengan nomor kontak yang bisa dihubungi seperti contoh di bawah ini:

Pengaduan dan Penanganan Kekerasan Seksual pada Kelompok Rentan 24 Jam

No. telp. pengaduan 24 jam : +62 ……
Layanan SMS : 08……
Layanan telepon/*call center* :
Alamat :
Website layanan yang tersedia :
Media sosial (WhatsApp/LINE) :

4.2.5. Memastikan adanya petugas kompeten untuk penanganan kasus kekerasan seksual

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

1. Memastikan kerahasiaan: seluruh staf menandatangani "***code of conduct***"/kode etik dan aturan pegawai dan ***safer access/*** panduan keselamatan dan ***Code of Conduct*** Perlindungan dari Eksploitasi dan Penyalahgunaan Seksual/PSEA (*Prevention of Sexual Exploitation and Abuse*)
2. Pastikan petugas kesehatan dilatih dalam memberikan perawatan pascaperkosaan.
3. Petugas terlatih dengan jenis kelamin/bahasa yang sama, 1 orang pendamping
4. Apabila pemeriksa bukan dari jenis kelamin yang sama dengan penyintas, pastikan bahwa ada pendamping terlatih yang berjenis kelamin sama dengan penyintas.
5. Memastikan staf terlatih dan memiliki informasi yang benar
6. Kondisikan penyintas memiliki kepercayaan kepada satu orang di dalam ruangan tersebut.
7. Hindari terlalu banyak orang di dalam ruangan.
8. Ruangan khusus, dengan semua peralatan siap, sehingga tidak harus keluar masuk untuk mencari alat.
9. Ruangan sebaiknya memiliki akses yang mudah ke kamar mandi dan air mengalir.

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

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

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

4.3. Mencegah Penularan dan Mengurangi Kesakitan dan Kematian akibat HIV dan IMS lainnya

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

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

HIV ditularkan melalui pertukaran cairan tubuh dengan orang yang terinfeksi.

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

Dalam situasi krisis kesehatan pencegahan penularan HIV ditekankan kepada:

1. Petugas kesehatan
2. Penyintas kekerasan seksual
3. Penerima donor darah baik untuk korban luka maupun untuk ibu bersalin
4. Memastikan keberlangsungan pemberian obat bagi ODHIV

Langkah-langkah yang dilakukan pada tanggap darurat krisis kesehatan:

Memastikan kegiatan transfusi darah aman dan rasional yang dilakukan oleh lembaga/ organisasi yang bergerak di bidangnya, misalnya: Palang Merah Indonesia

Menekankan pentingnya kewaspadaan standar sejak awal dimulainya koordinasi dan memastikan penerapannya serta memastikan ketersediaan dan pemberian ARV profilaksis pascapajanan

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

Memastikan pemberian obat ARV kepada semua ODHIV terutama pada perempuan yang terdaftar dalam program Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA)

Menyediakan Profilaksis Pascapajanan (PPP) untuk korban kekerasan seksual bila sesuai

Mendukung penyediaan profilaksis cotrimoxazole untuk infeksi oportunistik untuk pasien dengan HIV atau sudah terdiagnosis HIV

Menjamin ketersediaan pelayanan dan tata laksana IMS dengan pendekatan sindrom di fasilitas kesehatan

Memasang informasi dengan nomor telepon 24 jam yang bisa dihubungi untuk kelanjutan pengobatan ARV bersama dengan obat rutin lainnya.

4.3.1. Memastikan kegiatan transfusi darah aman dan rasional yang dilakukan oleh lembaga/organisasi yang bergerak di bidangnya, misalnya: Palang Merah Indonesia

1. Pastikan donor darah berasal dari lembaga yang resmi yaitu Unit Transfusi Darah (UTD) PMI dan UTD Pemerintah serta BDRS (Bank Darah Rumah Sakit) untuk meyakinkan darah aman untuk digunakan dan dilakukan di fasilitas kesehatan dengan perlengkapan dan tenaga kesehatan yang berkompeten, jika tidak maka transfusi darah tidak boleh dilakukan.
2. Melakukan koordinasi dan mengetahui kontak di UTD PMI dan UTD Pemerintah serta BDRS setempat untuk pemantauan ketersediaan darah.
3. Memperhatikan prinsip pelaksanaan transfusi darah yang rasional meliputi:
   - Transfusi darah hanya dilakukan untuk keadaan yang mengancam nyawa dan tidak ada alternatif lain
   - Menggunakan obat-obatan untuk mencegah atau mengurangi perdarahan aktif (misalnya oksitosin)
4. Koordinasi dengan puskesmas atau rumah sakit untuk menggunakan pengganti darah untuk mengganti volume yang hilang seperti cairan pengganti berbasis kristaloid.
5. Jika terjadi bencana besar, ketersediaan darah disuplai oleh PMI. Darah hanya dikumpulkan dari donor sukarela yang tidak dibayar kemudian semua darah yang didonorkan diperiksa.
6. Transfusi darah hanya dilakukan untuk keadaan yang mengancam nyawa.
7. Jika memungkinkan, gunakan pengganti darah untuk mengganti volume darah yang hilang.
8. Melakukan praktik transfusi yang aman di tempat tidur serta pembuangan kantung, jarum, tabung yang aman.
9. Menghindari transfusi di malam hari
10. Petugas layanan kesehatan harus memastikan beberapa hal seperti
    - memastikan hal-hal yang berkaitan dengan suplai donor darah,

- memastikan SOP transfusi darah tersedia di tempatnya,
- memberitahukan mengenai protokol dan memastikan bahwa prosedur diikuti setiap saat,
- menyimpan salinan SOP di lokasi serta di tempat dilakukannya prosedur sehingga mudah dijadikan rujukan,
- memastikan perekrutan donor yang aman, dan
- memastikan bahwa fasilitas laboratorium memiliki suplai memadai.

4.3.2. Menekankan pentingnya kewaspadaan standar sejak awal dimulainya koordinasi dan memastikan penerapannya serta memastikan ketersediaan dan pemberian ARV profilaksis pascapajanan

1. Petugas pelayanan kesehatan reproduksi dan koordinator kesehatan reproduksi harus bekerja sama dengan lembaga/organisasi/mitra sektor kesehatan untuk memastikan penerapan kewaspadaan standar.
2. Menetapkan sistem pengawasan dan melakukan observasi penerapan kewaspadaan standar menggunakan daftar tilik (*checklist*) sederhana di situasi krisis kesehatan untuk memastikan kepatuhan pada kewaspadaan standar, misalnya dengan memperhatikan kebiasaan cuci tangan, pembuangan limbah tajam, tumpahan darah dan cairan tubuh lainnya dibersihkan, dll.
3. Menginformasikan bahwa kewaspadaan standar diterapkan setiap saat.
4. Melakukan koordinasi dengan klaster kesehatan apabila persediaan/pasokan untuk melakukan kewaspadaan standar tidak tersedia atau habis.
5. Memastikan bahwa Profilaksis Pascapajanan (PPP) tersedia di layanan kesehatan dan petugas mengetahui tentang PPP sebagai paket tindakan pencegahan standar untuk mengurangi terhadap infeksi di tempat kerja.
6. Memasang pengumuman tentang cara-cara pertolongan pertama di ruang-ruang kerja dan informasikan kepada semua petugas bagaimana mengakses perawatan untuk keterpaparan.

7. Menyelenggarakan sesi orientasi di pelayanan mengenai tindakan kewaspadaan standar untuk para petugas kesehatan dan petugas tambahan, jika diperlukan.

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

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

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

4.3.4. Memastikan pemberian obat ARV kepada semua ODHIV terutama pada perempuan yang terdaftar dalam program Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA)

1. Penanggung jawab komponen pencegahan HIV mengetahui data orang yang hidup dengan HIV (ODHIV) dan layanan ARV serta layanan lainnya yang terkait dengan HIV dan AIDS yang tersedia di wilayah tersebut. Pemberian ARV dapat dilakukan di puskesmas dan

rumah sakit oleh petugas kesehatan yang terlatih. Pemberian ARV tanpa komplikasi hanya diberikan di puskesmas. Pemberian ARV pada ibu hamil dengan HIV dan bayi yang lahir dari Ibu HIV dilakukan di rumah sakit. Demikian juga untuk bayi yang lahir dari Ibu HIV, pemberian ARV profilaksis dilakukan di rumah sakit. Pasien yang memiliki infeksi oportunistik dirawat di rumah sakit. Bila perlu dilakukan perubahan kebijakan selama krisis kesehatan untuk memudahkan akses mendapatkan ARV pada tahap tanggap darurat krisis kesehatan.

2. Prinsipnya adalah saat krisis kesehatan pemberian ARV tidak boleh terputus sehingga penanggung jawab komponen mengetahui kontak dan melakukan koordinasi dengan penyedia layanan ARV.

4.3.5. Menyediakan Profilaksis Pascapajanan (PPP) untuk penyintas kekerasan seksual bila sesuai

Penyediaan PPP merupakan bagian dari pelayanan medis bagi penyintas kekerasan seksual dan diberikan dalam waktu 72 jam setelah terjadinya kekerasan seksual. Informasi mengenai pemberian PPP bagi penyintas kekerasan seksual dapat dilihat di lampiran 10.

4.3.6. Mendukung penyediaan profilaksis kotrimoksazol untuk infeksi oportunistik untuk pasien dengan HIV atau sudah terdiagnosis HIV

Pemberian profilaksis kotrimoksazol adalah intervensi yang menyelamatkan jiwa, sederhana, bisa ditoleransi dengan baik dan hemat biaya bagi orang yang hidup dengan HIV. Ini harus diimplementasikan sebagai komponen terintegrasi dari paket perawatan HIV. Profilaksis kotrimoksazol adalah antibiotik yang digunakan untuk mencegah pneumonia pneumocystis dan toksoplasmosis pada orang dewasa dan anak-anak dengan HIV, serta penyakit menular dan parasit lainnya, menunjukkan manfaat signifikan di daerah yang terkena malaria. Profilaksis kotrimoksazol direkomendasikan untuk orang dewasa (termasuk wanita hamil) dengan stadium klinis HIV 2,3 dan 4 dan atau dengan jumlah CD4 ≤ 350 sel / mm3. Dalam kondisi di mana malaria dan / atau infeksi bakteri parah sangat lazim, profilaksis kotrimoksazol harus dimulai terlepas dari jumlah sel CD4 atau keparahan penyakit klinis. Berdasarkan rekomendasi WHO dan ISTC semua pasien HIV yang telah terdiagnosis TB sebagai salah satu infeksi oportunistik

harus diberikan kotrimoksazol sebagai pencegahan infeksi lain tanpa menilai jumlah CD4 atau berapapun nilai CD4, diberikan dengan dosis 1 kali 960 mg per hari selama mendapat terapi OAT. Apabila pengobatan OAT selesai dan nilai CD4 >200 sel/µL, maka pemberian kotrimoksazol dapat dihentikan, tetapi apabila CD4 < 200 sel/µL, maka kotrimoksazol dapat diteruskan dengan dosis yang sama.

4.3.7. Menjamin ketersediaan pelayanan dan tata laksana IMS dengan pendekatan sindrom difasilitas kesehatan

- Penularan HIV dan IMS berkaitan erat. IMS tertentu memfasilitasi penularan HIV, seperti IMS dengan gejala ulcus di area genital, dan yang terkait dengan keluarnya cairan, seperti klamidia atau gonore. Di sisi lain, sistem kekebalan tubuh yang lemah dari orang yang hidup dengan HIV, khususnya mereka yang tidak memiliki akses ke ARV, dapat membuat orang tersebut lebih rentan terinfeksi IMS. Adanya HIV juga meningkatkan tingkat keparahan gejala untuk beberapa IMS (seperti herpes genital).
- Penanganan IMS dengan pendekatan sindrom adalah pendekatan yang saat ini diterapkan di banyak negara dan oleh karena itu sudah dipakai dan tersedia sebelum krisis. Ini adalah metode yang disusun berdasarkan algoritma berdasarkan sindrom (gejala pasien dan tanda-tanda klinis) untuk dapat memutuskan pengobatan yang diberikan pada satu kunjungan menggunakan protokol perawatan standar. Pendekatan ini sangat relevan pada awal krisis kesehatan, di mana pasien cenderung tidak datang untuk kunjungan lanjutan dan di mana akses ke laboratorium mungkin sulit, tidak mungkin, atau mahal. Antibiotik yang direkomendasikan oleh WHO untuk pengobatan IMS pendekatan sindrom tersedia di kit kesehatan reproduksi. Penanganan IMS dengan pendekatan sindrom adalah hemat biaya, memuaskan bagi pasien, dapat diprediksi (memudahkan untuk pengadaan dan pelatihan), dan memiliki dampak kesehatan masyarakat yang kuat.

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

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

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

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

4.4. Mencegah Meningkatnya Kesakitan dan Kematian Maternal dan Neonatal

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

1. Berdasarkan estimasi statistik, 4% dari penduduk yang terkena dampak bencana adalah ibu hamil pada kurun waktu tertentu.
2. Akan tetap ada ibu hamil yang dapat melahirkan kapan saja, baik pada saat proses evakuasi maupun pada saat tinggal di pengungsian.
3. Ibu yang belum waktunya melahirkan dapat bersalin lebih awal (prematur) karena situasi yang kacau dan harus menyelamatkan diri saat bencana.
4. 15-20% kehamilan kemungkinan akan mengalami komplikasi dan membutuhkan penanganan segera untuk penyelamatan nyawa.
5. Dapat terjadi peningkatan kasus keguguran yang memerlukan penanganan segera.
6. Terhambatnya akses dan kurangnya koordinasi rujukan pelayanan maternal dan neonatal.

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

Pada situasi krisis kesehatan penanggung jawab komponen maternal neonatal harus dapat memastikan setiap ibu hamil dan bayi baru lahir mendapatkan pelayanan yang dibutuhkan. Langkah-langkah/kegiatan yang dilakukan untuk mencegah meningkatnya kesakitan dan kematian maternal dan neonatal adalah:

Melakukan pemetaan fasilitas kesehatan: puskesmas, puskesmas PONED dan rumah sakit PONEK dan memastikan tersedianya pelayanan persalinan, pelayanan neonatal esensial dan pelayanan kegawatdaruratan maternal dan neonatal

Membangun sistem rujukan 24 jam dalam sehari dan 7 hari dalam seminggu untuk memfasilitasi transportasi dan komunikasi dari masyarakat ke fasilitas kesehatan dan rumah sakit

Memastikan tersedianya layanan penyelamatan nyawa untuk asuhan pascakeguguran di puskesmas dan rumah sakit

Pendataan dan pemetaan ibu hamil, pascabersalin dan bayi baru lahir di tempat-tempat pengungsian segera setelah memungkinkan

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

4.4.1. Melakukan pemetaan fasilitas kesehatan dan memastikan pelayanan persalinan, pelayanan neonatal esensial, dan pelayanan kegawatdaruratan maternal neonatal

Pemetaan dan penilaian puskesmas, puskesmas rawat inap dan rumah sakit minimal kelas C dilakukan oleh anggota subklaster kesehatan reproduksi untuk mengetahui kemudahan akses dan kemampuan fasyankes dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi sesuai dengan standar. Hal-hal yang harus diobservasi antara lain

- kondisi bangunan: apakah layak digunakan untuk memberikan pelayanan kesehatan reproduksi termasuk pelayanan persalinan, pelayanan neonatal esensial, dan pelayanan kegawatdaruratan maternal dan neonatal;
- ketersediaan peralatan, obat-obatan dan sumber daya manusia, untuk mengetahui

kemampuan fasyankes dalam memberikan jenis pelayanan maternal dan neonatal; dan

- kondisi geografis, termasuk kemudahan dalam mengakses fasyankes dengan menghitung perkiraan waktu tempuh dan jarak tempuh

Memastikan ketersediaan dan akses kepada persalinan bersih dan aman, pelayanan neonatal esensial dan pelayanan kegawatdaruratan kebidanan dan neonatal termasuk

- di tingkat rumah sakit rujukan: ketersediaan tenaga kesehatan terlatih (bidan, dokter, dokter spesialis) dan pasokan (peralatan, obat dan bahan habis pakai) untuk penyediaan pelayanan kegawatdaruratan kebidanan dan neonatal dasar dan komprehensif;
- di tingkat fasyankes primer: ketersediaan tenaga kesehatan terlatih dan pasokan (peralatan, obat dan bahan habis pakai) untuk persalinan pervaginam dan penyediaan penyediaan pelayanan kegawatdaruratan kebidanan dan neonatal dasar (PONED); serta
- di tingkat masyarakat: penyediaan informasi kepada masyarakat tentang ketersediaan pelayanan persalinan aman dan kegawatdaruratan maternal dan neonatal dan pentingnya mencari pertolongan dari fasilitas kesehatan.
- Pada setiap kehamilan kemungkinan dapat terjadi komplikasi yang dapat mengakibatkan keadaan kegawatdaruratan maternal neonatal, sehingga penanggung jawab komponen maternal neonatal wajib untuk memastikan petugas kesehatan mampu mengatasi kasus kegawatdaruratan yang meliputi

Kegawatdaruratan Neonatal	Kegawatdaruratan Maternal
• Gangguan nafas melalui penanganan resusitasi • Suhu tubuh tidak normal (demam/hipotermia) • Infeksi • Bayi prematur dan berat badan lahir rendah (BBLR)	• Penanganan perdarahan • Preeklamsi dan eklamsi • Infeksi • Persalinan lama • Abortus

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

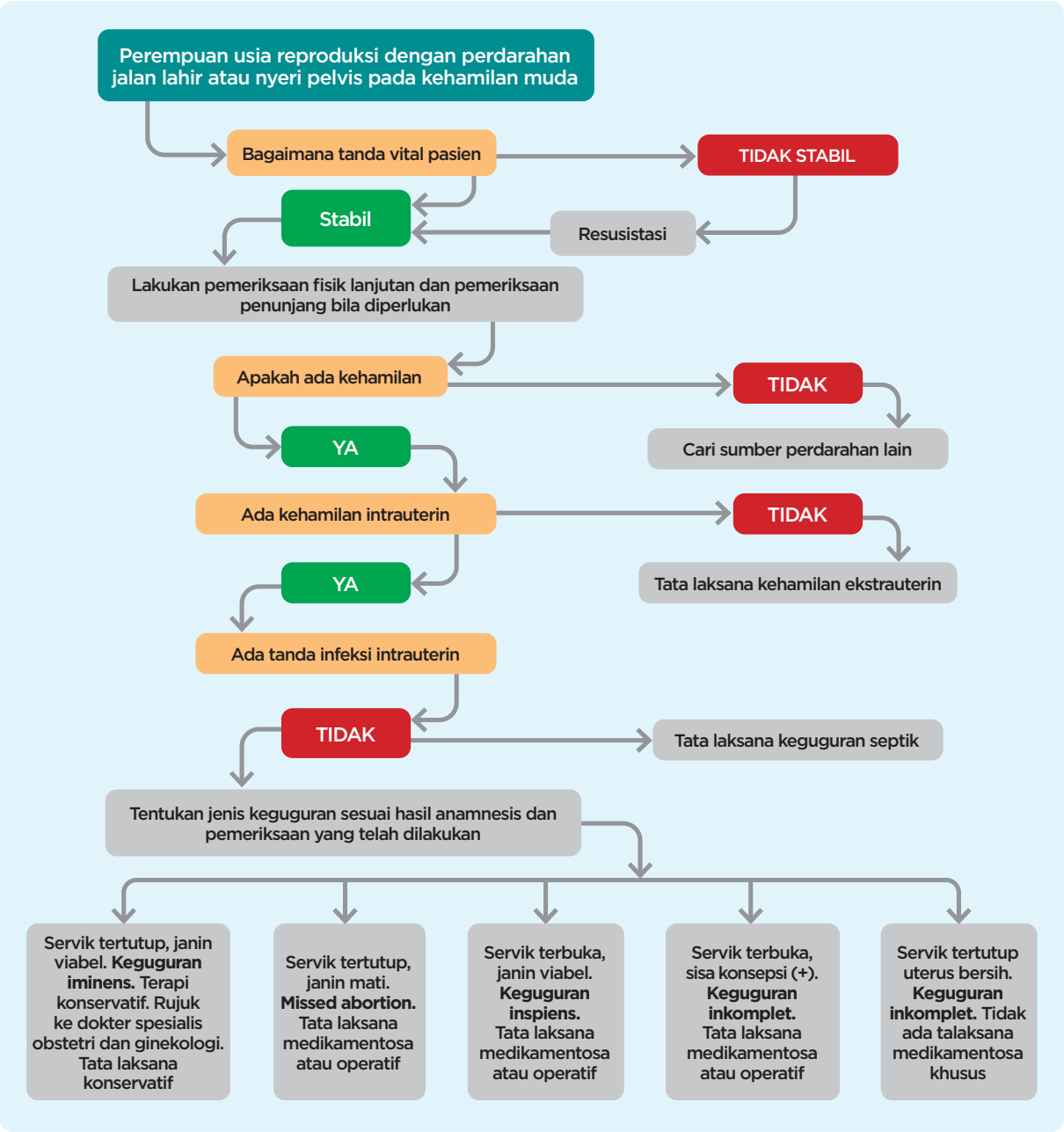
Pada kegawatdaruratan neonatal pasca resusitasi perlu diterapkan prinsip stabilisasi pada bayi baru lahir pasca resusitasi (STABLE) meliputi stabilisasi pernafasan, suhu, sirkulasi, deteksi dini dan atasi hipoglikemia, serta deteksi risiko infeksi dengan pemeriksaan laboratorium dan komunikasi ke keluarga pasien.

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

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

Langkah-langkah yang dilakukan dalam menyusun sistem rujukan:

1. Menyusun SOP atau protokol yang harus diikuti oleh puskesmas dan rumah sakit untuk memastikan rujukan yang efisien. SOP dan protokol ini dilengkapi dengan informasi tentang fasilitas rujukan beserta nomor telepon penting yang dapat dihubungi (nomor telepon ruang UGD, nomor telepon kamar bersalin, bank darah RS, dll)
2. Mengetahui jarak dari lokasi masyarakat yang terdampak ke fasilitas kesehatan dan ke rumah sakit yang berfungsi, termasuk kondisi jalan, waktu tempuh dan alat transportasi yang digunakan
3. Di setiap fasilitas kesehatan (termasuk di tenda kesehatan reproduksi) tersedia SOP yang menjelaskan kapan, kemana dan bagaimana merujuk pasien dengan komplikasi kebidanan dan neonatal ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi


Perempuan usia reproduksi dengan perdarahan jalan lahir atau nyeri pelvis pada kehamilan muda
Bagaimana tanda vital pasien
TIDAK STABIL
Stabil
Resusistasi
Lakukan pemeriksaan fisik lanjutan dan pemeriksaan penunjang bila diperlukan
Apakah ada kehamilan
TIDAK
Cari sumber perdarahan lain
YA
Ada kehamilan intrauterin
TIDAK
Tata laksana kehamilan ekstrauterin
YA
Ada tanda infeksi intrauterin
TIDAK
Tata laksana keguguran septik
Tentukan jenis keguguran sesuai hasil anamnesis dan pemeriksaan yang telah dilakukan
Servik tertutup, janin viabel. Keguguran iminens. Terapi konservatif. Rujuk ke dokter spesialis obstetri dan ginekologi. Tata laksana konservatif
Servik tertutup, janin mati. Missed abortion. Tata laksana medikamentosa atau operatif
Servik terbuka, janin viabel. Keguguran inspiens. Tata laksana medikamentosa atau operatif
Servik terbuka, sisa konsepsi (+). Keguguran inkomplet. Tata laksana medikamentosa atau operatif
Servik tertutup uterus bersih. Keguguran inkomplet. Tidak ada talaksana medikamentosa khusus

4. Memberikan informasi kepada masyarakat tentang tanda bahaya dalam kehamilan dan persalinan dan kapan harus pergi ke fasilitas kesehatan untuk mendapatkan pertolongan. Bila memungkinkan, informasi juga diberikan dalam bahasa setempat agar mudah dipahami dan diberikan di tempat-tempat strategis untuk dapat diketahui oleh banyak orang. Bila telah terbentuk, masyarakat dapat berpartisipasi untuk membantu tersedianya sistem rujukan melalui ambulans desa dengan memanfaatkan kendaraan milik warga yang secara sukarela disiagakan untuk membantu rujukan bagi ibu hamil dan ibu melahirkan.

4.4.3. Memastikan tersedianya layanan asuhan pascakeguguran di puskesmas dan rumah sakit

- Pada situasi krisis kesehatan akan terjadi peningkatan risiko terjadinya keguguran khususnya pada kehamilan trimester pertama. Hal ini dikarenakan situasi yang kacau pada saat terjadinya bencana karena harus menyelamatkan diri ke tempat yang lebih aman, pada saat proses evakuasi, proses mengungsi maupun pada saat tinggal di tempat pengungsian yang kurang memadai. Berdasarkan analisis determinan kematian ibu yang dilakukan pada tahun 2012 oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan, diketahui bahwa 4 % kasus kematian ibu terjadi pada kehamilan kurang dari 20 minggu yang disebabkan oleh abortus/keguguran. Oleh karena itu, asuhan pascakeguguran menjadi salah satu pelayanan penyelamatan nyawa yang merupakan bagian dari PPAM di bawah komponen kesehatan maternal dan neonatal.
- Keguguran (abortus) diartikan sebagai berakhirnya kehamilan sebelum janin mampu hidup, yaitu ketika usia kehamilan belum mencapai 20 minggu atau berat janin.
- Asuhan pascakeguguran adalah serangkaian intervensi yang dirancang untuk menangani seorang perempuan setelah mengalami keguguran, baik spontan maupun diinduksi. Asuhan pascakeguguran merupakan intervensi penting dalam menyelamatkan nyawa perempuan, serta menurunkan angka kematian maupun kesakitan ibu, termasuk pada situasi krisis kesehatan.

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

  1. Konseling untuk mengidentifikasi dan menjawab kebutuhan fisik dan emosional perempuan serta kekhawatiran lainnya.
  2. Tata laksana medis untuk mengatasi atau mencegah terjadinya komplikasi yang mengancam jiwa, termasuk tata laksana kegawatdaruratan, pencegahan infeksi, evakuasi hasil konsepsi, manajemen nyeri, dan tata laksana komplikasi.
  3. Rujukan ke pelayanan kesehatan reproduksi atau layanan kesehatan lain yang dibutuhkan, baik itu di dalam maupun di luar fasilitas kesehatan. Rujukan diperlukan bila ada tanda atau gejala komplikasi yang tidak dapat ditangani di fasilitas kesehatan tersebut) dengan segera, serta melakukan berbagai prosedur dan tata laksana yang diperlukan sebelum merujuk.
  4. Layanan kontrasepsi atau KB untuk membantu perempuan merencanakan dan mengatur kehamilannya.
  5. Kemitraan dengan masyarakat dan penyedia layanan lain untuk mencegah terjadinya kehamilan yang tidak direncanakan, menjamin tersedianya layanan asuhan pascakeguguran yang berkualitas, menggerakkan sumber daya untuk memastikan perempuan mendapatkan asuhan pascakeguguran tepat waktu, dan memastikan bahwa layanan yang tersedia telah memenuhi kebutuhan dan harapan masyarakat.

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

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

Mengidentifikasi masalah kegawatdaruratan, misalnya

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

Melakukan tata laksana awal kegawatdaruratan, misalnya

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

Melakukan rujukan apabila diperlukan:

- rujukan pada kasus keguguran diperlukan bila suatu fasilitas kesehatan tidak memiliki kapasitas untuk memberikan layanan yang dibutuhkan oleh pasien, baik itu layanan medis maupun non medis;
- tenaga kesehatan harus mampu mengenali kondisi pasien yang membutuhkan rujukan

segera serta melakukan berbagai prosedur dan tata laksana yang diperlukan sebelum merujuk; dan

- pasien yang akan dirujuk harus sudah diperiksa, dan dilakukan upaya stabilisasi seoptimal mungkin, kemudian didampingi oleh tenaga kesehatan menuju fasilitas kesehatan yang lebih tinggi.

Rujukan harus memenuhi syarat berikut:

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

Tindakan prarujukan dan penanganan darurat sebagai bagian dari asuhan pascakeguguran (APK) dapat di lampiran 11.

4.4.4. Pendataan dan pemetaan ibu hamil, ibu pascabersalin, dan bayi baru lahir di tempat-tempat pengungsian

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

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

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

Gambar 5: Pemetaan ibu hamil di lokasi pengungsian, Sulawesi Tengah, 2018

4.4.5. Memastikan petugas dapat menjangkau ibu hamil dan bayi baru lahir dan menempatkan mereka dalam satu lokasi

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

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

4. Ibu hamil pada trimester ketiga diberi *kit* individu ibu hamil. Penjangkauan ibu hamil dan bayi baru lahir di dalam pengungsian dapat memudahkan pemberian pelayanan yang tepat dalam penanganan masalah kesehatan ibu hamil tersebut.

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

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

   a. Melakukan supervisi fasilitatif kepada petugas yang memberikan pelayanan kesehatan reproduksi

   b. Pendistribusian buku KIA

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

suami dan anggota keluarga lain.

Penanggung jawab komponen maternal neonatal harus memastikan:

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

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

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

   Subklaster Kesehatan Reproduksi berkoordinasi dengan subklaster Gizi untuk:

   1. Penyediaan tenaga konselor ASI bila dibutuhkan
   2. Menyiapkan pelaksanaan konseling ASI dilakukan berkelompok atau secara individu, disesuaikan dengan kondisi pengungsian dan jumlah ibu yang akan dikonseling
   3. Menyusun jadwal, waktu dan tempat pelaksanaan konseling ASI
   4. Melakukan pengawasan terhadap pemberian bantuan susu formula bagi bayi di tempat pengungsian.

   Gizi yang cukup dan baik harus dipenuhi untuk kelompok rentan khususnya ibu hamil dan menyusui. Ibu hamil dan menyusui dianjurkan untuk konsumsi beragam makanan dengan

pola gizi seimbang dan proporsional. Penanggung jawab komponen maternal neonatal perlu memastikan:

1. Kecukupan gizi bagi kelompok rentan terutama ibu hamil dan menyusui dengan cara berkoordinasi dengan koordinator subklaster gizi dan klaster perlindungan dan pengungsian untuk menyediakan makanan yang sesuai dengan pola gizi seimbang
2. Pengolahan makanan dilakukan secara higienis dan mempertimbangkan ketersediaan bahan pangan lokal
3. Penggunaan buku KIA untuk pemantauan kecukupan gizi
4. Pelayanan kesehatan diberikan PMT ibu hamil dan ibu menyusui, PMT balita dan remaja

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

4.5. Mencegah kehamilan yang tidak direncanakan

Pada situasi krisis kesehatan, kebutuhan akan pelayanan kesehatan reproduksi tetap ada dan justru meningkat, termasuk kebutuhan akan pelayanan kontrasepsi.

1. Berdasarkan beberapa pengalaman bencana di Indonesia, ada dua kemungkinan terkait keberlanjutan penggunaan kontrasepsi pada krisis kesehatan:
   a. Keinginan untuk terus menggunakan kontrasepsi karena tidak ingin hamil lagi di pengungsian dengan kondisi yang tidak pasti maupun tidak ingin hamil lagi meskipun situasi sudah lebih stabil;
   b. Keinginan untuk mempunyai anak lagi untuk menggantikan anak-anak yang meninggal saat bencana. Hal ini terjadi apabila bencana berskala besar seperti bencana gempa dan tsunami di Aceh tahun 2004 dimana banyak keluarga yang kehilangan anggota keluarga. Meskipun ingin punya anak lagi, tetapi kelompok ini tidak ingin hamil pada saat tanggap darurat melainkan merencanakan kehamilan pada saat kondisi sudah lebih stabil dan mendapat kepastian tempat tinggal di masa yang akan datang di hunian sementara

(huntara) atau di hunian tetap (huntap). Meskipun kedua kelompok memiliki keinginan yang berbeda, tetapi keduanya ingin meneruskan penggunaan kontrasepsi dan tidak ingin hamil di situasi pengungsian pada fase awal/tanggap darurat krisis kesehatan. Oleh karena itu, harus dipastikan tersedianya pelayanan kontrasepsi pada tanggap darurat dan pascakrisis kesehatan untuk mencegah kehamilan yang tidak direncanakan.

2. Setelah gempa di Nusa Tenggara Barat di tahun 2018 sudah ada permintaan pelayanan kontrasepsi di minggu pertama pasca bencana dan permintaan pelayanan kontrasepsi mulai muncul di minggu kedua pasca bencana gempa, tsunami dan likuifaksi di provinsi Sulawesi Tengah tahun 2018.

HASIL PELAYANAN KB PADA MASA TANGGAP DARURAT		
Metode	**NTB**	**Sulawesi Tengah**
Suntik	179	722
Pil	56	264
Implan	9	94
AKDR	1	43
TOTAL	**245**	**1.123***

Sumber data: *5 tenda Kespro di NTB (periode Sept - Okt 2018) dan 15 tenda kespro di Sulawesi Tengah (periode Oktober - Desember 2018) - Kementerian Kesehatan*

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

Sesuai dengan konsep PPAM yang telah dipaparkan sebelumnya, pelayanan kontrasepsi sebagai bagian dari PPAM difokuskan pada pencegahan kehamilan yang tidak direncanakan dan diterapkan pada tahap tanggap darurat krisis kesehatan (tahap awal bencana).

Pelayanan keluarga berencana yang lebih luas dan komprehensif akan diberikan pascakrisis setelah situasi lebih stabil. Lamanya tahap tanggap darurat akan ditetapkan oleh kepala daerah setempat tergantung besarnya skala bencana dan lama waktu yang dibutuhkan untuk penanganan darurat dan dapat diperpanjang sesuai dengan kebutuhan dan situasi di lapangan. Pelayanan kontrasepsi dapat diberikan secara terpadu dengan komponen PPAM yang lain, seperti pemberian kontrasepsi pascasalin atau pasca-keguguran di bawah komponen kesehatan maternal dan neonatal, pemberian kondom sebagai bagian dari perlindungan ganda (***dual protection***) dari kehamilan dan infeksi menular seksual (IMS), dan pemberian kontrasepsi darurat sebagai bagian dari penanganan medis penyintas kekerasan seksual. Pemberian kondom dapat berfungsi sebagai pencegahan kehamilan sekaligus berkontribusi terhadap pencapaian tujuan ke-3 PPAM yaitu mencegah penularan dan mengurangi kesakitan dan kematian karena HIV dan Infeksi Menular Seksual (IMS) lainnya.

Langkah- langkah yang dilakukan pada tahap tanggap darurat krisis kesehatan:

- Memastikan tersedianya alat dan obat kontrasepsi (alokon) jangka pendek dan jangka panjang (*reversible*) bagi pasangan usia subur (PUS)
- Menyediakan pelayanan kontrasepsi
- Menyediakan materi komunikasi informasi dan edukasi (KIE)
- Memastikan masyarakat mengetahui tentang kesediaan alokon bagi PUS
- Memberikan promosi dan konseling tentang kesehatan reproduksi dan komoditas yang tersedia termasuk lokasi pelayanan kesehatan reproduksi bagi penduduk terdampak yang tinggal di lokasi pengungsian

4.5.1. Memastikan tersedianya alokon jangka pendek dana jangka panjang (reversible) bagi pasangan usia subur (PUS).

Untuk dapat memastikan tersedianya pelayanan kontrasepsi, harus dilakukan langkah sebagai berikut:

1. Penilaian kebutuhan yang dilakukan secara bersama dengan penilaian kebutuhan PPAM yang dilakukan oleh subklaster kesehatan reproduksi di hari-hari awal pasca bencana. Data yang dikumpulkan melalui penilaian kebutuhan:
   - Kondisi kantor BKKBN provinsi/OPD Dalduk KB Kabupaten Kota (gudang dan kondisi alokon beserta fasilitas penunjangnya: alat transportasi, mobil muyan dll). Kondisi fasilitas kesehatan yang memberikan pelayanan kontrasepsi termasuk kondisi alokon dan alat-alat lainnya. Jika bangunan kantor rusak, dapat didirikan kantor sementara/pos dengan menggunakan tenda untuk koordinasi penyediaan dan pendistribusian alokon serta pelayanan kontrasepsi bergerak;
   - Lakukan penghitungan dan pemeriksaan kondisi fisik alokon dan sarana penunjang untuk melihat adanya kerusakan atau kehilangan. Jika terdapat kerusakan, buatlah Berita Acara Kerusakan dan ditindaklanjuti dengan usulan penghapusan, bila situasi telah memungkinkan. Lakukan penyesuaian pada kartu stok.
   - Menilai kondisi personil BKKBN provinsi/OPD Dalduk KB Kabupaten: jumlah yang menjadi korban meninggal/terkena dampak krisis kesehatan, termasuk kondisi personil PKB (Penyuluh KB) dan Petugas Lapangan KB (PLKB). Lakukan penilaian apakah kantor perwakilan BKKBN/OPD Dalduk KB dapat berfungsi dan melaksanakan tugasnya atau tidak. Jika tidak dapat berfungsi, rencanakan permintaan bantuan personil dari kantor perwakilan terdekat melalui kantor BKKBN provinsi.
   - Menilai kondisi kampung-kampung KB di wilayah/lokasi yang terkena dampak bencana;
2. Penyediaan alokon menggunakan stok yang ada (stok maksimal) atau melalui mekanisme permintaan darurat

4.5.2. Memberikan pelayanan kontrasepsi di:

- Fasilitas kesehatan yang masih berfungsi: rumah sakit, puskesmas, pustu, dll.
- Fasilitas kesehatan sementara: tenda kesehatan reproduksi atau tenda kesehatan umum
- Pelayanan kontrasepsi bergerak: melalui kunjungan rumah atau kunjungan ke lokasi pengungsian

Penyelenggaran pelayanan kontrasepsi pada tahap tanggap darurat harus diberikan secara berkualitas dan mengikuti SOP yang sudah ada mengikuti tindakan pra pelayanan, saat memberikan pelayanan dan pasca pelayanan.

4.5.3. Menyediakan materi komunikasi informasi dan edukasi (KIE)

1. Materi KIE harus tersedia dan digunakan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya melanjutkan pemakaian kontrasepsi, manfaat penggunaan kontrasepsi (kondom) untuk pencegahan IMS dan HIV dan ketersediaan pelayanan kontrasepsi pada situasi krisis kesehatan akibat bencana.
2. Pada kondisi krisis kesehatan, materi KIE terkait pelayanan kontrasepsi sukarela dapat dicetak di barang-barang bantuan yang biasa diberikan kepada penduduk yang terkena dampak bencana dituangkan di kipas plastik (***plastic hand fan***), pesan-pesan yang dituliskan pada kaos/t-shirt (yang dipakai PLKB/Kader), jerigen plastik lipat untuk menyimpan air dan tas kit dignity/kit khusus perempuan dan bahan lainnya. Tidak disarankan mencetak brosur atau leaflet dari kertas karena akan menambah volume sampah di tempat pengungsian
3. Pesan-pesan terkait penggunaan dan pelayanan kontrasepsi dan kesehatan reproduksi
    - Pada tahap tanggap darurat krisis kesehatan, pesan-pesan yang disampaikan difokuskan pada pentingnya melanjutkan penggunaan kontrasepsi dan mencegah terjadinya putus pakai agar tidak terjadi kehamilan yang tidak direncanakan, bagaimana mendapatkan pelayanan kontrasepsi beserta lokasi pelayanan
    - Pada tahap pascakrisis dan ketika situasi sudah mulai stabil, materi yang disampaikan difokuskan untuk memotivasi PUS di masyarakat untuk menggunakan pelayanan

kontrasepsi yang lebih luas termasuk kontrasepsi mantap. Materi KIE juga dapat diberikan melalui pemutaran film menggunakan Mobil Unit Penerangan (Mupen) KB. Film edukasi tentang kontrasepsi dan keluarga berencana dapat diputar bersama dengan film keluarga yang sekaligus dapat menjadi hiburan bagi masyarakat yang tinggal di pengungsian.

4.5.4. Memastikan masyarakat mengetahui tentang ketersediaan alokon bagi pasangan usia subur (PUS).

- **Penggerakan masyarakat**

  Masyarakat harus dilibatkan dalam perencanaan dan pelaksanaan pelayanan kontrasepsi, termasuk melibatkan kelompok-kelompok yang rentan sulit dijangkau seperti kelompok penyandang disabilitas, pekerja seks , dan difokuskan pada akses dalam mendapatkan pelayanan kontrasepsi. Karena pada umumnya kelompok ini mengalami diskriminasi dalam mendapatkan pelayanan kesehatan.

- **Keterlibatan dan dukungan laki-laki (*male involvement*)**

  1. Keterlibatan dan dukungan laki-laki dalam pembuatan keputusan dan persetujuan dalam penggunaan kontrasepsi dan metode yang dipilih
  2. Mempertimbangkan perspektif dan motivasi laki-laki sebagai bagian yang tidak terpisahkan dari pelaksanaan program KB-KR
  3. Pelayanan yang dirancang khusus untuk meningkatkan peran serta laki-laki: layanan kontrasepsi khusus untuk laki-laki (kondom laki-laki, vasektomi), konseling bagi pasangan, promosi penggunaan kondom, jadwal pelayanan khusus bagi laki-laki di

fasilitas kesehatan, diskusi kelompok sebaya laki-laki, pemberian informasi tentang kesehatan reproduksi bagi kelompok laki-laki yang bisa dilakukan ketika situasi sudah lebih stabil.

4.5.5. Memberikan promosi dan konseling kesehatan reproduksi dan komoditas yang tersedia termasuk lokasi pelayanan kesehatan reproduksi bagi penduduk terdampak yang tinggal di lokasi pengungsian.

PKB dan PLKB di tingkat daerah memiliki peran yang sangat penting dalam penggerakan masyarakat untuk pelayanan pada krisis kesehatan. Berikut adalah peran PKB/PLKB dalam melakukan promosi dan konseling kesehatan reproduksi dan pelayanan kontrasepsi:

1. Melakukan pendataan dan pembinaan PUS dan peserta KB di lokasi pengungsian karena ada tambahan PUS dari pengungsi yang datang dari luar wilayah cakupan serta melakukan pencatatan dan pelaporannya;
2. Memotivasi PUS untuk meneruskan penggunaan kontrasepsi dan memberi informasi tentang lokasi pelayanan kontrasepsi dan pelayanan kesehatan reproduksi di tempat pengungsian melalui KIE perorangan;
3. Menggerakkan kader-kader KB yang masih ada di sekitar lokasi pengungsian;
4. Memberdayakan pengungsi baik laki-laki maupun perempuan untuk menjadi kader KB di pengungsian yang dapat membantu dan menggerakkan PUS untuk mengakses pelayanan kontrasepsi yang tersedia;
5. Melakukan konseling terhadap penggunaan kontrasepsi;
6. Memonitoring dan mengevaluasi pelayanan, penyuluhan, pengembangan atau penggerakan terhadap kegiatan-kegiatan yang dibutuhkan peserta KB di wilayah krisis bencana.

4.6. Kesehatan reproduksi remaja dan pelibatan remaja

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

  Istilah remaja adalah periode usia antara 10 sampai 19 tahun yang merupakan kelanjutan dari perubahan fisik, kognitif, perilaku dan psikososial.

  Periode ini ditandai dengan meningkatnya tingkat otonomi individu, tumbuhnya rasa identitas, harga diri, dan kemandirian secara progresif menuju kedewasaan. Sedangkan pemuda diartikan sebagai remaja yang lebih dewasa yang memiliki rentang usia antara 15-24 tahun.

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

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

- Pada krisis kesehatan, remaja memiliki dua situasi yang sangat berpengaruh pada kehidupannya yaitu kerentanan dan ketahanan remaja.

- Ketahanan remaja adalah kemampuan remaja untuk dapat bangkit kembali setelah mengalami tekanan atau stres, mudah beradaptasi, penuh ide, dan energik. Remaja memiliki kemampuan untuk dapat bangkit kembali setelah mengalami tekanan atau stres (Moore, 2013). Karenanya, kelompok remaja harus dipertimbangkan tidak hanya sebagai penerima manfaat tetapi juga dapat berperan aktif sebagai mitra dan pemimpin pelaksanaan program-program penanggulangan krisis kesehatan. Berdasarkan hasil penelitian tentang "Remaja Perempuan dan Kaum Muda dalam Krisis - Suara dari Sulawesi tengah" yang dilakukan oleh

Yayasan Plan Internasional-Kemenkes -UNFPA, tahun 2019, telah diidentifikasi faktor-faktor ketahanan remaja yang berupa:

1. Pengetahuan dan keterampilan tentang Pengurangan Risiko Bencana (PRB)
2. Jaringan pertemanan
3. Ruang aman
4. Dukungan dari keluarga dan teman sebaya
5. Adanya tujuan hidup, agama (keimanan)
6. Keyakinan, rasa optimis serta harapan untuk masa depan
7. Kesatuan keluarga
8. Partisipasi remaja dan kaum muda dalam program kesehatan seksual dan reproduksi berkontribusi pada kesehatan dan kesejahteraan remaja

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

1. Kurangnya keamanan
2. Berlanjutnya praktik perkawinan anak, perkawinan dini dan perkawinan paksa
3. Terbatasnya akses ke air bersih, fasilitas sanitasi dan kebersihan dasar
4. Tidak memadainya kondisi penampungan dan kamp (kondisi hunian sementara yang buruk) , terbatasnya kebebasan bergerak
5. Terganggunya pendidikan
6. Kurangnya layanan kesehatan
7. Ketidakamanan ekonomi dan hilangnya mata pencaharian
8. Kerawanan pangan dan gizi
9. Terbatasnya kapasitas terkait pengurangan risiko bencana

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

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

  Jamban kotor dan air berlumpur

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

- Selain itu, bencana dapat menyebabkan terganggunya akses terhadap pelayanan kesehatan terutama ketika remaja mengalami masalah kesehatan reproduksi seperti keputihan dan penyakit menular seksual lain.
- Kelompok remaja merupakan salah satu sasaran/populasi target dari PPAM dan mencakup semua komponennya. Hanya saja memerlukan pendekatan khusus dalam pemberian pelayanan untuk memastikan pelayanan yang ramah remaja dan sesuai kebutuhan mereka.
- Untuk meminimalisir kerentanan sekaligus meningkatkan ketahanan remaja pada situasi bencana, tanggung jawab tidak hanya dibebankan kepada penanggung jawab program

kesehatan remaja tetapi juga dibutuhkan kolaborasi dengan lintas program dan lintas sektor terkait.

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

4.6.1. Pelaksanaan PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja

Langkah-langkah yang harus dilakukan:

- Penyediaan informasi dasar kesehatan reproduksi remaja
- Mengintegrasikan komponen PPAM kesehatan reproduksi remaja ke dalam pelayanan kesehatan dasar yang ada

4.6.1.1 Penyediaan informasi dasar kesehatan reproduksi remaja

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

Langkah-langkah penyediaan informasi kesehatan reproduksi remaja:

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

- Menghubungi dan berkoordinasi dengan koordinator subklaster kesehatan reproduksi/ dinas kesehatan/puskesmas

- Menyusun jadwal pemberian informasi kesehatan reproduksi remaja.
- Menyiapkan media KIE kesehatan reproduksi remaja yang dibutuhkan.
- Memberikan informasi dasar kesehatan reproduksi remaja.

4.6.1.2. Mengintegrasikan komponen PPAM Kesehatan Reproduksi remaja ke dalam pelayanan kesehatan dasar yang ada

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

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

Langkah-langkah yang harus dilakukan:

- Berkoordinasi dengan koordinator subklaster kesehatan reproduksi/ dinas kesehatan dan/ atau puskesmas
- Mengidentifikasi dan memetakan pelayanan bagi remaja yang tersedia di pengungsian atau diluar pengungsian dengan pelibatan remaja.
- Menentukan tempat pelayanan kesehatan reproduksi remaja baik terpisah atau terintegrasi dengan pelayanan kesehatan umum baik di pos kesehatan reproduksi/puskesmas
- Membuat jadwal pelayanan kesehatan reproduksi remaja
- Menyosialisasikan ketersediaan pelayanan kesehatan reproduksi remaja termasuk jejaring layanan.

4.6.2. Pelibatan dan pemberdayaan remaja

Prinsip bekerja dengan remaja:

a. Mempertimbangkan kebutuhan remaja yang khusus dan bervariasi berdasarkan umur, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, konteks lokal dan budaya, gender, identitas gender, identitas tubuh, orientasi seksual, dan status disabilitas

b. Pelibatan remaja yang bermakna dengan cara mempromosikan partisipasi, kemitraan dan kepemimpinan remaja dalam setiap kegiatan dan intervensi.

c. Pelibatan remaja dalam perencanaan, implementasi, monitoring dan evaluasi, dimana mengembangkan strategi kreatif untuk mendorong partisipasi remaja yang heterogen seperti inisiatif ruang ruang ramah khusus remaja termasuk pendekatan dan alat yang digunakan dalam melakukan kegiatan dengan remaja yang sesuai dengan kebutuhan remaja yang bervariasi; privasi, kerahasiaan, kesetaraan dan nondiskriminasi

Langkah-langkah yang harus dilakukan:

- Mengidentifikasi forum remaja atau kelompok remaja atau posyandu remaja yang ada di komunitas.
- Berkoordinasi dengan koordinator pengungsian tentang pelibatan remaja atau pembentukan forum atau kelompok remaja
- Merekrut kader remaja (fasilitator remaja atau kader posyandu remaja atau pendidik sebaya).
- Membentuk forum remaja atau kelompok remaja jika belum ada.
- Membentuk ruang ramah remaja di pengungsian yang difasilitasi oleh Forum Remaja atau kelompok remaja.
- Melibatkan remaja dalam pemberian informasi dasar kesehatan reproduksi remaja diantaranya melalui ruang ramah remaja di pengungsian.
- Melibatkan forum remaja dalam pendistribusian logistik
- Menyusun rencana kegiatan forum remaja dan jadwal kegiatan ruang ramah remaja
- Menghubungkan penyelenggaraan kegiatan forum remaja atau kelompok remaja
- Melakukan diskusi kelompok terarah (FGD) dengan remaja (jika memungkinkan).

Ruang Ramah Remaja

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

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

  1. Melakukan penilaian

     Penilaian situasi kesehatan reproduksi remaja (KRR) merupakan bagian dari upaya mendirikan ruang ruang ramah remaja di pengungsian atau hunian sementara.

  2. Memilih lokasi untuk ruang ramah remaja:

     - Ruang ramah remaja dapat menggunakan ruang serba guna, tempat terbuka, tenda sekolah darurat, tenda /ruang lainnya yang memungkinkan untuk digunakan.
     - Lokasi mudah diakses dan dijangkau oleh remaja termasuk remaja dengan kebutuhan khusus dan disabilitas.
     - Diusahakan dekat dengan pusat pelayanan kesehatan diantaranya tenda kesehatan reproduksi, tenda ramah perempuan, puskesmas pada situasi krisis.
     - Lokasi yang aman dan jauh dari bahaya
     - Mempertimbangkan jumlah remaja yang tinggal di pengungsian/hunian sementara
     - Lahan yang cukup luas dan mendukung untuk pendirian tenda jika diperlukan

3. Kebutuhan ruang ramah remaja:
   - Kegiatan yang terstruktur diantara penyuluhan kesehatan, pendidikan kesehatan reproduksi remaja,
   - Pendidikan keterampilan hidup sehat dan pemberian KIE lainnya
   - Kegiatan pengembangan media KIE dan advokasi remaja seperti lokakarya pembuatan film dokumenter, lokakarya musik, fotografi dan alat peraga reproduksi perempuan dan laki-laki
   - Peralatan olahraga bagi remaja perempuan dan laki-laki, seperti bola volley, badminton, futsal dan sepak bola, dll
   - Peralatan seni, musik dan budaya, seperti gitar, speaker dan pengeras suara, alat melukis, peralatan prakarya remaja, dll
   - Perpustakaan mini berisi koleksi buku remaja
   - Karpet atau tikar
   - Remaja sebaiknya dilibatkan mulai dari perencanaan, pelaksanaan hingga dan memonitoring kegiatan dan kebutuhan ruang ramah remaja di wilayah masing-masing.

KOMPONEN PENGEMBANGAN DI INDONESIA

Selain ibu hamil, ibu pasca melahirkan, bayi baru lahir dan wanita usaha subur, pada situasi krisis kesehatan terdapat juga kelompok rentan yang memerlukan perhatian khusus yaitu kelompok lanjut usia dan kelompok balita. Kedua kelompok ini bukan merupakan target sasaran PPAM. Penambahan komponen kesehatan balita dan kesehatan usia lanjut ke dalam PPAM dengan pertimbangan bahwa anak usia balita dan usia lanjut adalah kelompok rentan yang juga menjadi bagian dari siklus hidup manusia yang berada di bawah naungan kesehatan keluarga di bawah koordinasi Direktorat Kesehatan Keluarga Kementerian Kesehatan. Kedua komponen tersebut belum masuk ke dalam subklaster yang ada di bawah klaster kesehatan nasional. Kedua komponen ini masih dalam tahap pengembangan dan akan ditinjau secara berkala mengikuti perubahan manajemen krisis kesehatan.

4.7. Pelayanan Minimum Kesehatan Balita

1. Balita termasuk kelompok yang paling rentan terdampak bencana, namun seringkali terabaikan. Proporsi balita cukup besar di antara para pengungsi, namun kelompok ini belum mendapatkan perhatian yang layak. Kerentanan balita diakui dalam beberapa kebijakan seperti Undang-Undang Nomor 29 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia Pasal 5 yang menyatakan bahwa anak-anak adalah kelompok rentan. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana, Pasal 55 menyatakan bahwa bayi dan anak adalah kelompok rentan. Undang-Undang Nomor 26 Tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 142 dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 77 Tahun 2014 tentang Sistem Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan juga menyatakan hal yang sama, di mana bayi dan balita dikategorikan sebagai kelompok rentan. Dalam situasi krisis kesehatan, perlu dipastikan bahwa mereka terlindung dari bahaya dan tercakup dalam pelayanan kesehatan serta pelayanan dasar lainnya secara memadai. Hal ini untuk menjaga agar hak-hak anak tetap dapat terpenuhi, walaupun dalam situasi krisis kesehatan.

2. Balita menghadapi berbagai ancaman, seperti gangguan kesehatan yang ada dapat memburuk, ancaman baru dapat muncul sewaktu-waktu dan kemungkinan kehilangan perlindungan. Ancaman terhadap kelangsungan dan kualitas hidup balita meningkat, termasuk penyakit infeksi, malnutrisi, cedera, terpisah dari keluarga, gangguan psikososial dan kekerasan fisik. Dampak dari berbagai gangguan tersebut akan semakin nyata pada balita yang paling rentan, misalnya balita dengan disabilitas, yatim-piatu, dan yang berasal dari kalangan minoritas.

3. Penyakit yang paling sering muncul pada balita pada pascabencana, sehingga perlu dilakukan upaya pencegahan pada saat terjadinya bencana antara lain diare, hepatitis A dan E, Tifoid, ISPA, Malaria, DBD, Leptospirosis, Kampak, Meningitis, Tetanus dll.

4. Kapasitas dan kebutuhan balita bervariasi, tergantung umur dan tahapan perkembangannya, yang sekaligus menentukan tingkat ketahanan mereka terhadap berbagai risiko yang dihadapi pada saat krisis kesehatan. Hal ini juga dipengaruhi oleh ketersediaan kebutuhan dasar seperti makanan dan minuman yang aman, air bersih, tempat berlindung dengan sanitasi yang memadai dan pelayanan kesehatan. Seringkali kebutuhan dasar tersebut tidak

bisa dipenuhi dengan baik pada saat krisis. Pengaruh bencana terhadap balita dan orang dewasa sangat berbeda. Balita sangat rentan untuk mengalami kesakitan dan trauma fisik, antara lain karena lebih mudah kedinginan, mempunyai lebih sedikit cairan tubuh dan lebih banyak terpapar infeksi akibat sering bermain dengan tanah. Dalam kondisi krisis kesehatan, balita memerlukan perlindungan dari orang dewasa, karena mereka belum memahami cara menyelamatkan diri. Mereka sangat ketakutan dan mungkin tidak mampu untuk mengutarakan apa yang dirasakannya, sehingga balita yang didampingi orangtua atau pengasuhnya mempunyai kemungkinan lebih besar untuk mendapatkan pelayanan yang dibutuhkannya.

5. Pada tahap tanggap darurat krisis kesehatan, pelaksanaan pelayanan minimum kesehatan balita bertujuan untuk menekan kejadian kematian, kesakitan, kekerasan dan disabilitas pada balita. Di samping menangani kasus yang ada dan merujuk kasus ke subklaster kesehatan yang terkait, memprioritaskan pelayanan secara keseluruhan perlu ditentukan dengan menganalisis data sekunder pola kesakitan balita di tingkat kabupaten/kota wilayah bencana (bila tidak tersedia, digunakan data provinsi). Prioritas pelayanan kesehatan balita juga ditentukan berdasarkan pengalaman lapangan tentang respon kemanusiaan pada situasi bencana

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

- Penugasan penanggung jawab komponen pelayanan minimum kesehatan balita dan pelaksanaan koordinasi di bawah subklaster kesehatan reproduksi
- Mencegah terjadinya peningkatan kesakitan dan kematian pada balita
- Pencegahan dan penanganan kekerasan seksual
- Mencegah penularan HIV pada bayi dan balita
- Melaksanakan kesehatan jiwa dan dukungan psikososial

4.7.1. Penugasan Penanggung Jawab Komponen Pelayanan Minimum Kesehatan Balita dan Pelaksanaan Koordinasi di Bawah Subklaster Kesehatan Reproduksi

1. Penanggung jawab komponen kesehatan balita dan timnya, ditetapkan oleh Kepala Dinas Kesehatan atau Kepala Daerah setempat, segera melaksanakan koordinasi lintas program/ sektor dan pihak-pihak terkait dibawah koordinasi subklaster kesehatan reproduksi. Dalam melakukan koordinasi perlu diingat bahwa ada kelompok balita yang paling rentan, misalnya balita berkebutuhan khusus, penderita penyakit kronis, HIV dan korban kekerasan, perlu mendapat perhatian dan dipantau secara khusus.
2. Melakukan pertemuan koordinasi untuk mendukung dan berkomunikasi dengan koordinator subklaster dan penanggungjawab komponen terkait.

   Hal yang dilaporkan antara lain:

   - Isu-isu dan data terkait kesehatan balita, ketersediaan sumber daya serta logistik;
   - Tingkat ketersediaan dan pendistribusian logistik kesehatan balita, antara lain ketersediaan air bersih, penjernih air, sanitasi dan promosi kesehatan, ketersediaan makanan, kualitas nutrisi dan pemberian makanan bayi dan anak (PMBA), tenda shelter dan tenda keluarga.
3. Menggunakan data sekunder untuk mengetahui kasus yang sering muncul pada wilayah yang mengalami bencana.
4. Membuat peta daerah setempat dan menandai lokasi dengan jumlah balita.
5. Melakukan pencatatan ulang dengan melakukan penilaian pelayanan kesehatan balita di puskesmas dan rumah sakit dan menentukan jumlah aktual balita di lokasi bencana.
6. Melakukan penilaian fungsi puskesmas dan rumah sakit.
7. Melakukan pembuatan peta tematik dengan metode tumpang susun (overlay) pada peta terhadap beberapa data/indikator seperti jumlah balita dan jumlah layanan di situasi krisis kesehatan. Indikator dapat ditambahkan sesuai dengan kebutuhan.

4.7.2. Mencegah Terjadinya Peningkatan Kesakitan dan Kematian pada Balita

1. Pelayanan kesehatan balita pada krisis kesehatan

a. Pelayanan tanggap darurat: pelayanan kesehatan pada saat krisis kesehatan bertujuan untuk menyelamatkan nyawa, mencegah atau mengurangi disabilitas dengan memberikan pelayanan yang terbaik bagi korban.

Langkah-langkahnya sebagai berikut.

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

b. Pelayanan kesehatan balita yang terdampak dan pelayanan di pengungsian

Langkah-langkah yang dilakukan sebagai berikut.

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

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

  Penyakit menular yang sering terjadi pada balita di lokasi pengungsian, kampak, diare, pneumonia, malaria dan penyakit menular lainnya, sangat erat dengan lingkungan

dan faktor risiko lainnya serta masyarakat di sekitar penampungan pengungsi. Tata laksana pada balita sakit di pengungsian dilaksanakan mengikuti bagan MTBS. Tata-laksana balita sakit di pengungsian mengikuti bagan MTBS: tata laksana pneumonia, tata laksana diare, tata laksana demam dan tata laksana masalah gizi, termasuk gizi buruk.

2. Pelayanan imunisasi

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

Dalam situasi krisis kesehatan atau di lokasi pengungsian, upaya imunisasi harus dipersiapkan dalam mengantisipasi terjadinya Kejadian Luar Biasa Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (KLB PD3I) terutama kampak. Sedangkan pencegahan KLB penyakit lain dengan upaya imunisasi dilakukan berdasarkan hasil dari penilaian cepat pascakrisis kesehatan. Imunisasi kampak dilakukan terhadap anak berusia 9 s/d 59 bulan di lokasi pengungsian. Perluasan sasaran imunisasi kampak ke usia lebih tinggi, ditentukan berdasarkan analisis epidemiologi dan kinerja program imunisasi di daerah tersebut sebelum terjadi krisis. Apabila ditemukan kasus kampak pascakrisis walaupun hanya satu kasus, maka dinyatakan terjadi Kejadian Luar Biasa (KLB) pada daerah tersebut dan penanggulangannya mengacu pada Pedoman Penatalaksanaan KLB. Perkiraan jumlah anak usia 9 s/d 59 bulan adalah sekitar 11% x jumlah penduduk.

3. Pemberian tablet zinc

Suplementasi zinc diberikan kepada setiap bayi (usia 6-11 bulan) dan anak balita (usia 12-59 bulan) yang tinggal dan atau berada di lokasi bencana dan daerah terkena dampak bencana. Tujuan pemberian suplementasi zinc sebagai profilaksis penyakit diare pada bayi dan anak balita pada kondisi krisis kesehatan sebagai upaya perlindungan bagi bayi dan anak balita terhadap penyakit infeksi lain (pneumonia, leptospirosis, hepatitis A dan E,

kampak, meningitis, tuberculosis, influenza, malaria, demam dengue, tetanus) pada kondisi bencana. Zinc sebagai suplemen diberikan ke sasaran sesuai dosis 10 mg/hari selama 3 bulan berturut turut). Zinc diberikan ke sasaran setiap 1 (satu) blister (sediaan yang ada saat ini 20 mg tablet dispersibel) dan diberikan kembali berikutnya 1 (satu) blister lagi dan begitu seterusnya sampai seluruh dosis terpenuhi. Pelaksanaan pemberian zinc sebagai profilaksis mengacu pada Juknis Suplementasi Zinc pada situasi bencana dan berkoordinasi dengan subklaster pengendalian penyakit dan kesehatan lingkungan.

4. Penanganan gizi

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

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

4.7.3. Pencegahan dan Penanganan Kekerasan Seksual

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

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

1. Memastikan balita yang terpisah dari keluarga dikumpulkan dalam satu tenda dan terjamin keamanannya.
2. Memastikan terdapat fasilitas pelayanan kesehatan yang ramah anak bagi penyintas kekerasan seksual di tenda pengungsian.
3. Menempatkan toilet laki-laki dan perempuan secara terpisah di tempat yang aman dengan penerangan yang cukup dan dapat dikunci dari dalam
4. Memastikan anak balita didampingi pada saat ke toilet.
5. Melakukan koordinasi dengan penanggung jawab keamanan, untuk mencegah terjadinya kekerasan seksual pada anak.
6. Melibatkan lembaga/organisasi pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak di pengungsian dalam rangka pencegahan dan penanganan kekerasan seksual pada anak.
7. Memberikan informasi kepada orangtua melalui brosur, selebaran, radio, dll tentang layanan bagi penyintas pelecehan, kekerasan seksual, perkosaan dengan nomor telepon yang bisa dihubungi 24 jam.
8. Memastikan adanya petugas yang kompeten dalam penanganan kasus kekerasan seksual pada anak, dan melibatkan tokoh/kader sebagai motivator untuk memberikan semangat dan penghubung antara penyintas kekerasan seksual dan pelayanan kesehatan.
9. Memastikan tersedianya pelayanan kesehatan jiwa dan dukungan psikososial di organisasi yang terlibat dalam respon bencana bagi penyintas kekerasan dan memastikan adanya mekanisme rujukan, perlindungan sosial, tindakan hukum yang terkoordinasi dengan baik.
10. Mendorong partisipasi dan kesadaran pihak terkait termasuk masyarakat tentang masalah kekerasan seksual, strategi pencegahan dan pelayanan yang tersedia untuk penyintas

4.7.4. Mencegah Penularan HIV pada Bayi dan Balita

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

4.7.5. Melaksanakan Kesehatan Jiwa dan Dukungan Psikososial

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

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

4.7.6. Memastikan Ketersediaan Logistik

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

4.8. Pelayanan Minimum Kesehatan Lansia (PMKL)

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

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

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

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

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

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

1. Memastikan ketersediaan dan aksesibilitas pelayanan kesehatan umum dan reproduksi lansia;
2. Meningkatkan aspek-aspek perlindungan lansia kesehatan pada kondisi pengungsian;
3. Kebutuhan Esensial Melalui Kemitraan Multisektor WASH (*water, sanitation and hygiene* atau air, sanitasi dan kebersihan), pengungsian/shelter dan ketersediaan makanan.
4. Di dalam pelaksanaannya PMKL dilakukan dalam tiga fase yaitu : prakrisis, tanggap darurat krisis kesehatan dan pascakrisis.

Langkah-langkah yang dilakukan pada tahap tanggap darurat krisis kesehatan:

Langkah-langkah yang dilakukan:

- **Kesehatan umum dan kesehatan reproduksi**
  - Memberikan penugasan bagi penanggungjawab PMKL dan pelaksanaan koordinasi di bawah subklaster kesehatan reproduksi
  - Mencegah terjadinya peningkatan kejadian sakit, disabilitas dan kematian pada lansia
  - Melaksanakan pelayanan kesehatan jiwa dan dukungan psikososial – spiritual dengan melibatkan relawan atau organisasi yang bergerak di bidang penanganan masalah kesehatan jiwa atau dukungan psikososial
  - Memastikan kelancaran mekanisme rujukan, perlindungan bagi lansia, tindakan hukum yang terkoordinasi dengan baik
  - Memastikan ketersediaan logistik
  - Memastikan pembiayaan, disesuaikan dengan peraturan yang berlaku di tingkat nasional, pemerintah daerah dalam penanggulangan bencana
- **Aspek-aspek perlindungan kesehatan lansia**
  - Mencegah dan menangani berbagai risiko kekerasan pada lansia
  - Penanganan gizi lansia
  - Penanganan Kesehatan Lingkungan
- **Kebutuhan esensial melalui kemitraan multisektor**
  - WASH (*water, sanitation and hygiene* atau air, sanitasi dan kebersihan), pengungsian/shelter dan ketersediaan makanan.

4.8.1. Kesehatan Umum dan Kesehatan Reproduksi

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

a. Memberikan penugasan bagi penanggungjawab PMKL dan pelaksanaan koordinasi di bawah subklaster kesehatan reproduksi. Kegiatan yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut:
   - Penetapan penanggungjawab PMKL oleh kepala dinas atau kepala daerah setempat
   - Melakukan pertemuan koordinasi lintas program/sektor dan pihak terkait dibawah koordinasi subklaster kesehatan reproduksi.
   - Mengidentifikasi isu dan data terkait kesehatan lansia, ketersediaan: sumber daya, kebutuhan logistik, WASH, ketersediaan makanan dan kualitasnya, tenda lansia
   - Mengidentifikasi kasus kesakitan yang sering muncul dengan menggunakan data sekunder yang tersedia;
   - Membuat peta wilayah terdampak bencana dan menandai lokasi dengan jumlah lansia, tingkat ketergantungan dan kerentanannya;
   - Mencatat dan menentukan jumlah aktual lansia terdampak bencana;
   - Mengidentifikasi dan menilai puskesmas dan rumah sakit yang dapat dijadikan tempat rujukan bagi lansia yang membutuhkan pelayanan kesehatan lanjut; Membuat peta tenda dengan identitas lansia terdampak bencana di posko pelayanan kesehatan disertai dengan foto lansia yang bersangkutan;
   - Melaksanakan pemetaan rencana dan respon cepat dalam memberikan pelayanan kesehatan lansia;
   - Mencegah terjadinya peningkatan kejadian sakit, disabilitas dan kematian pada lansia;
   - Melaksanakan pelayanan tanggap darurat dengan langkah-langkah: triase kegawatdaruratan kondisi lansia, melakukan pertolongan pertama, melakukan proses

pemindahan atau rujukan ke puskesmas atau rumah sakit terdekat;

- Mendirikan pos pelayanan kesehatan dengan menyediakan "antrian jalur cepat" pasien lansia, menyiapkan tangga/ram buatan, mendekatkan lokasi bantuan;
- Memastikan kewaspadaan standar dalam pelayanan kesehatan lansia;
- Memberikan pelayanan kesehatan termasuk kesehatan reproduksi lansia terdampak bencana di pengungsian;
- Melakukan edukasi dan penyebaran informasi untuk mengurangi dampak bencana;
- Menyediakan pelayanan yang ramah dan santun lansia; serta
- Menyediakan makanan yang sesuai dengan kondisi penuaan dan penyakit yang diderita lansia;

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

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

c. Memastikan kelancaran mekanisme rujukan, perlindungan bagi lansia, tindakan hukum yang terkoordinasi dengan baik

d. Memastikan ketersediaan logistik. Perlu dilakukan pemantauan terhadap kebutuhan, pendistribusian, evaluasi penggunaannya.

e. Memastikan pembiayaan, disesuaikan dengan peraturan yang berlaku di tingkat nasional, pemerintah daerah dalam penanggulangan bencana. Pembiayaan dapat bersumber dari BNPB, BPJS, pemerintah pusat, pemerintah daerah, lembaga swadaya masyarakat lokal dan internasional, disesuaikan dengan kebijakan dan peraturan yang berlaku saat tanggap bencana terjadi;

4.8.2. Aspek-Aspek Perlindungan Kesehatan Lansia

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

a. Mencegah dan menangani berbagai risiko kekerasan pada lansia;

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

- Memastikan tersedianya petugas yang kompeten dalam menangani kasus kekerasan dan melibatkan tokoh/kader sebagai perantara penyintas dan petugas kesehatan;
    1. Memastikan tersedianya pelayanan kesehatan jiwa dan dukungan psikososial;
    2. Mendorong partisipasi dan kesadaran berbagai pihak terkait termasuk masyarakat terhadap tindak kekerasan bagi lansia;
    3. Mencegah penularan HIV pada lansia aktif.

b. Penanganan gizi lansia

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

c. Penanganan Kesehatan Lingkungan

- Melakukan koordinasi dengan penanggungjawab Komponen Kesehatan Lingkungan

  terkait: pengendalian vektor penyakit, penyediaan akses dan sarana air bersih, pembuangan limbah (pampers, BAB, BAK);
- Berkoordinasi dengan Dinas Pekerjaan Umum setempat untuk pembuatan dan pengaturan jamban;
- Berkoordinasi untuk pengawasan makanan dan minuman pengungsi lansia.

- Menangani lansia dengan penyakit parah.
- Memastikan tersedianya petugas kesehatan yang memiliki kompetensi menangani masalah kesehatan lansia;
- Berkoordinasi dengan rumah sakit yang memiliki fasilitas perawatan paliatif;
- Memantau kondisi kesehatan lansia yang dirujuk untuk mendapatkan perawatan paliatif;

4.8.3. Kebutuhan Esensial Melalui Kemitraan Multisektor

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

Langkah-langkah yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut:

a. Memastikan relawan, stakeholder yang terlibat mendapatkan informasi mengenai peran mereka dalam program PMKL;

b. Melakukan koordinasi dengan subklaster pelayanan kesehatan untuk mendapatkan pelayanan rujukan di rumah sakit bagi korban lansia yang membutuhkan;

c. Melakukan koordinasi dengan subklaster kesehatan jiwa bila ditemukan lansia yang menunjukkan gejala trauma psikis, terpisah dari keluarga, ditinggalkan oleh keluarga atau menderita kebingungan mendadak (*acute confusional state*).

d. Melakukan koordinasi dengan subklaster kesehatan reproduksi komponen maternal neonatal bila ditemukan kasus-kasus prolaps uteri/vagina pada lansia.

e. Melakukan pelayanan lansia yang meninggal berkoordinasi dengan subklaster identifikasi korban mati akibat bencana.

f. Menyediakan tempat berlindung/tenda, makanan dan air bersih untuk mengantisipasi adanya wabah menular akibat lingkungan yang kurang bersih pada tahap awal tanggap bencana krisis kesehatan;

g. Memantau perkembangan dan melibatkan pemuda/pemudi dalam evaluasi kegiatan dan perencanaan

4.8.4. Kebutuhan Logistik Pelayanan Minimum Kesehatan Lanjut Usia (font tebal, warna hijau)

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

a. tenda khusus kelompok lansia,

b. obat-obatan untuk kesehatan lansia dan kit penanggulangan pertama, dan

c. individual kit untuk lansia laki-laki dan perempuan.

4.9. Merencanakan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Komprehensif Terintegrasi ke Pelayanan Kesehatan Dasar

Setelah masa tanggap darurat berakhir, dukungan kesehatan reproduksi diarahkan untuk ketersediaan pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif seperti pada situasi normal yang menekankan kebutuhan layanan berdasarkan siklus hidup yaitu sejak dalam kandungan, bayi, balita, remaja, dewasa hingga lanjut usia; dilaksanakan secara terpadu mulai dari promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif dan terintegrasi antar program (misalnya KIA-KB, IMS-HIV, kekerasan seksual, kesehatan reproduksi remaja dll). Termasuk di dalamnya pelayanan kesehatan balita dan pelayanan kesehatan lanjut usia yang komprehensif. Dengan demikian, lewat Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu (PKRT) tersedia '*one stop services*' layanan kesehatan reproduksi berkualitas.PPAM dirancang untuk memberikan pelayanan awal di masa tanggap darurat untuk kesehatan reproduksi berdasarkan pengalaman di berbagai negara dan di Indonesia.

Langkah-langkah yang dilakukan:

Bekerja sama dengan mitra sektor/klaster kesehatan untuk menyiapkan enam blok pembangunan sistem kesehatan

- Pelayanan Kesehatan: identifikasi kebutuhan kesehatan di masyarakat dan lokasi untuk pelayanan kesehatan reproduksi
- Tenaga kesehatan: menilai kapasitas staf, identifikasi kebutuhan staf, merancang dan merencanakan pelatihan staf
- Sistem informasi kesehatan: memasukkan informasi kesehatan reproduksi ke dalam sistem informasi kesehatan
- Komoditas medis: identifikasi kebutuhan dan memperkuat jalur pasokan komoditas kesehatan reproduksi
- Pembiayaan: Identifikasi kemungkinan pembiayaan kegiatan kesehatan reproduksi
- Tata Kelola dan kepemimpian: mereview kebijakan dan pedoman terkait kesehatan reproduksi pada krisis kesehatan

Sebelum merencanakan pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif dan menyiapkan enam blok sistem kesehatan, berikut adalah langkah-langkah persiapan yang harus dilakukan:

1. Melanjutkan, memperluas dan meningkatkan pelayanan klinis dari PPAM dan penyusunan pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif lainnya

   Tujuh komponen penyediaan pelayanan dari PPAM (mencegah kekerasan seksual dan merespon kebutuhan penyintas, mencegah penularan dan mengurangi kesakitan dan kematian akibat HIV dan IMS lainnya, mencegah meningkatnya kesakitan dan kematian maternal dan neonatal, dan mencegah kehamilan yang tidak direncanakan, kesehatan reproduksi remaja dan pelibatan remaja, pelayanan minimum kesehatan balita dan pelayanan minimum kesehatan lanjut usia) telah membentuk dasar bagi program kesehatan reproduksi nasional yang baik dan berkualitas baik. Ketika merencanakan penyediaan

pelayanan kesehatan reproduksi yang komprehensif, layanan klinis yang diberikan sebagai bagian dari PPAM harus berkelanjutan, ditingkatkan kualitasnya, dan diperluas dengan layanan dan penyusunan program kesehatan reproduksi komprehensif lainnya di sepanjang krisis yang berkelanjutan, serta pada tahap pemulihan, dan rekonstruksi.

2. Memastikan keberlanjutan pelayanan dan menyediakan pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif pada tahap pemulihan dan rekonstruksi

   Pada prinsipnya, pelayanan klinis PPAM harus tersedia secara berkelanjutan dan dibangun berdasarkan kesenjangan yang teridentifikasi, keberhasilan, dan dengan cara menyediakan pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif selama tahap pemulihan dan rekonstruksi.

3. Koordinasikan perluasan dari pelayanan PPAM menjadi program kesehatan reproduksi komprehensif yang berkualitas

   Sesegera setelah memungkinkan, koordinasikan perluasan dari pelayanan PPAM menjadi program kesehatan reproduksi komprehensif yang berkualitas dengan semua pemangku kepentingan, yang sesuai dengan situasi dan kondisi dan sesuai dengan respon darurat yang dilakukan.

4. Rencanakan untuk mendapatkan masukan dari masyarakat tentang respon awal untuk mengidentifikasi kesenjangan, keberhasilan, dan upaya untuk perbaikan

   Setelah situasi stabil dan saat mempersiapkan pelayanan kesehatan reproduksi yang komprehensif, rencanakan untuk mendapatkan masukan dari masyarakat tentang respon awal untuk mengidentifikasi kesenjangan, keberhasilan, dan upaya untuk perbaikan. Implementasi PPAM tidak hanya memerlukan koordinasi untuk membuat pelayanan klinis yang menyelamatkan jiwa tersedia, juga penting untuk mulai melaksanakan kesehatan reproduksi yang komprehensif sesegera mungkin. Ini membutuhkan visi, kepemimpinan, keterampilan koordinasi yang efektif, dan pemahaman yang baik tentang situasi lokal dan peluang yang terkait dengan rekonstruksi sistem kesehatan.

5. Melakukan perencanaan jangka panjang dengan tujuan untuk mengintegrasikan pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif ke dalam upaya rekonstruksi sistem kesehatan

Rangsang perencanaan partisipatif dengan mitra nasional dan internasional segera setelah indikator PPAM tercapai dan ketika proses mobilisasi dana dan lembaga kemanusian memulai melakukan perencanaan jangka panjang dengan tujuan untuk mengintegrasikan pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif ke dalam upaya rekonstruksi sistem kesehatan nasional.

Bekerja sama dengan mitra sektor/klaster kesehatan untuk menyiapkan enam blok pembangunan sistem kesehatan, termasuk: pemberian pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan, sistem informasi kesehatan, komoditas medis, pembiayaan, dan tata kelola dan kepemimpinan

Untuk sepenuhnya mencapai tujuan ke 9 PPAM dan mendukung pemangku kepentingan lokal dan internasional dalam merencanakan penyediaan pelayanan kesehatan reproduksi yang komprehensif, beberapa aspek penting perlu dipertimbangkan. Komunikasi antar pengambil keputusan (termasuk pemerintah nasional) dan mitra pelaksana:

- Pembiayaan yang adekuat
- Koordinasi yang efektif
- Manajemen rantai pasokan (*supply chain management)*
- Manajemen sumber daya manusia
- Monitoring dan evaluasi
- Sistem berbagi informasi, umpan balik dan akuntabilitas ke penduduk yang terkena dampak
- Menyusun *exit strategy* bagi mitra kerja

KAPAN

Perencanaan untuk integrasi pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif ke dalam pelayanan kesehatan dasar dilakukan saat dimulainya respon bencana. Kegagalan dalam melakukan hal ini akan menyebabkan tertundanya pelayanan yang akan meningkatkan risiko kehamilan yang tidak direncanakan, penularan IMS, komplikasi yang timbul akibat KBG and kesakitan dan kematian maternal dan neonatal, kesakitan dan kematian balita dan lansia

BAGAIMANA

Stimulasi dan dukung perencanaan partisipatif di antara pemangku kepentingan nasional dan mitra kerja nasional dan internasional secepatnya setelah indikator-indikator PPAM tercapai dan ketika proses pengajuan proposal dan lembaga kemanusiaan memulai proses perencanaan untuk jangka waktu yang lebih lama. Tujuan dari proses perencanaan partisipatif adalah untuk mengintegrasikan kesehatan reproduksi yang komprehensif ke dalam upaya rekonstruksi sistem kesehatan nasional melalui rencana kerja kolektif untuk kesehatan reproduksi yang komprehensif. Pastikan bahwa komponen pelayanan komprehensif terintegrasi ke dalam proses pendanaan dan perencanaan untuk jangka waktu yang lebih lama.

APA

Tabel di bawah ini menunjukkan contoh apa yang harus dinilai dan direncanakan untuk setiap blok pembangun sistem kesehatan WHO

Tabel 8: Merencanakan pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif menggunakan blok pembangun sistem kesehatan

Blok pembangun sistem kesehatan	Ketika merencanakan untuk pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif
Pelayanan Kesehatan	• Identifikasi kebutuhan kesehatan di masyarakat • Identifikasi lokasi yang tepat untuk pelayanan kesehatan reproduksi
Tenaga kesehatan	• Menilai kapasitas staf • Identifikasi kebutuhan staf dan tingkatannya • Merancang dan merencanakan pelatihan untuk staf
Sistem Informasi Kesehatan	• Memasukkan informasi kesehatan reproduksi ke dalam sistem informasi kesehatan
Komoditas medis	• Identifikasi kebutuhan komoditas kesehatan reproduksi • Memperkuat jalur pasokan komoditas kesehatan reproduksi
Pembiayaan	• Identifikasi kemungkinan pembiayaan kegiatan kesehatan reproduksi
Tata kelola dan kepemimpinan	• Mereview kebijakan dan pedoman terkait kesehatan reproduksi pada krisis kesehatan

BAB V

PELAKSANAAN PPAM KESEHATAN REPRODUKSI PADA SITUASI WABAH

Pelayanan kesehatan reproduksi pada masa pascagempa dan situasi pandemi COVID-19 2020 di Sulawesi Barat

Kredit Foto: Dinas Kesehatan Sulawesi Barat

Kebutuhan pelayanan kesehatan reproduksi akan selalu ada pada setiap situasi baik situasi normal maupun situasi krisis kesehatan. Krisis kesehatan ini selain disebabkan oleh bencana alam, tetapi juga disebabkan oleh bencana nonalam, salah satunya adalah karena wabah penyakit. Pada situasi krisis kesehatan yang diakibatkan karena wabah penyakit, kebutuhan pelayanan kesehatan reproduksi tetap ada dan justru meningkat.

Kondisi yang diakibatkan oleh suatu wabah penyakit menular dapat bervariasi tergantung dari :

1. Jenis penyakitnya,
2. Mekanisme penularan penyakit (bisa ditularkan melalui udara, kontak dengan cairan tubuh orang yang terinfeksi, air yang tercemar dll) dan
3. Tingkat penyebaran wabah.

Penyakit yang ditularkan melalui udara akan sangat cepat sekali menyebar melalui bersin, batuk, dan kontak dengan selaput lendir (mukosa) dari penderita atau sumber infeksi ke orang yang tidak terinfeksi. Langkah-langkah dalam pemberian pelayanan kesehatan reproduksi melalui PPAM ini disusun berdasarkan pengalaman penanganan wabah penyakit COVID-19 di Indonesia pada tahun 2019-2020. Penerapan untuk jenis wabah penyakit lain termasuk penyakit menular baru, akan disesuaikan dengan situasi dan kondisi saat terjadi wabah penyakit tsb.

Tujuan pelaksanaan PPAM pada situasi wabah adalah untuk memastikan bahwa intervensi prioritas penyelamatan nyawa kesehatan reproduksi akan tetap ada dalam rangka mencegah kesakitan, kematian dan disabilitas di antara penduduk yang terkena dampak krisis kesehatan.

5.1. Langkah-langkah yang dilakukan untuk penerapan PPAM pada situasi wabah:

1. Persiapan tenaga yang akan melakukan pelayanan di subklaster kesehatan reproduksi
   a. Petugas harus dalam kondisi sehat, berusia maksimal 50 tahun tanpa penyakit penyerta (komorbiditas)
   b. Bersedia melakukan pemeriksaan ***rapid test*** atau ***swab test*** sebelum dan sesudah penugasan

c. Selama bertugas bersedia mematuhi protokol COVID-19 dan membawa perlengkapan pribadi yang mencukupi termasuk Alat Perlindungan Diri (APD)

d. Melakukan pemeriksaan kesehatan secara mandiri setiap hari

2. Persiapan sarana dan prasarana

Persiapan dilakukan di tempat pelayanan kesehatan reproduksi baik di tempat pelayanan statik atau sementara seperti di tenda kesehatan reproduksi

a. Penyediaan sarana untuk mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir

b. Penyediaan *hand sanitizer*

c. Alat Perlindungan Diri (APD) untuk petugas

d. Penyediaan alat untuk skrining pasien: pengukur suhu

e. Penyediaan masker bagi pasien yang tidak memakai atau membutuhkan

3. Penataan tempat di tenda pelayanan untuk mengikuti standar protokol kesehatan:

a. Pengaturan meja, tempat tidur dan tempat duduk bagi tenaga kesehatan (nakes) dan pasien

b. Memasang pembatas antara tenaga kesehatan dan pasien di tempat pemberian pelayanan

c. Memastikan ventilasi yang memadai di tempat pelayanan

d. Tersedia tempat khusus untuk menyimpan APD yang telah terpakai

e. Mengatur jarak tempat duduk di tempat menunggu dengan jarak 1 meter

f. Pengaturan jadwal pelayanan melalui tele registrasi untuk mencegah terjadinya kerumunan

5.2 Pelayanan PPAM prioritas yang diberikan pada situasi wabah penyakit

Meskipun semua komponen dari PPAM adalah sangat penting dan merupakan intervensi penyelamatan nyawa, tetapi pada situasi wabah pelayanan yang diberikan diprioritaskan pada:

1. Akses ke persalinan oleh tenaga terlatih dan pelayanan kegawatdaruratan kebidanan dan neonatal adalah pelayanan yang paling esensial dan harus dipastikan tersedia bagi wanita dan neonatal yang membutuhkan. Pelayanan untuk ibu dan bayi baru lahir harus diperpanjang sampai 24 jam setelah persalinan

   - Ibu hamil dengan risiko tinggi dan dengan tanda bahaya kehamilan dan persalinan (seperti perdarahan, persalinan prematur) harus memiliki akses ke tenaga kesehatan terlatih selama 24 jam sehari dan 7 hari dalam seminggu.
   - Komplikasi pascakeguguran juga merupakan salah satu kegawatdaruratan dan akses ke pelayanan juga harus tersedia 24 jam dalam sehari dan 7 hari dalam seminggu
   - Memastikan akses untuk pengobatan bagi semua ibu hamil dengan penyakit/kondisi kronis yang membutuhkan pengobatan lanjutan, khususnya akses ke obat anti virus dan pengobatan hipertensi dan diabetes
   - Nilai kondisi ibu yang akan melahirkan dan sesuaikan alat pelindung diri (APD) yang dipakai dan lakukan langkah-langkah pencegahan dan pengendalian infeksi. Memastikan bahwa fasilitas kesehatan memiliki persedian APD yang mencukupi dan protokol yang sesuai untuk melakukan isolasi bagi ibu hamil atau ibu dan bayi baru yang terkonfirmasi positif COVID-19 atau yang memiliki gejala
   - Operasi sesar hanya dilakukan jika ada indikasi medis. Status positif COVID-19 bukan indikasi untuk operasi sesar
   - Melanjutkan promosi pemberian ASI eksklusif dini dan ***skin-to-skin contact***. Pada kasus suspek atau konfirmasi positif COVID-19, jangan pisahkan ibu dengan bayinya yang baru lahir kecuali salah satu atau keduanya dalam kondisi kritis

2. Pencegahan kehamilan yang tidak direncanakan dengan memberikan pelayanan kontrasepsi prioritas pada situasi wabah seperti: a) Pengguna kontrasepsi dengan keluhan seperti nyeri perut yang mengganggu, keputihan, dan demam pada pengguna IUD serta perdarahan yang lebih banyak dan lebih lama dari haid biasanya bagi pengguna KB lain b) Pengguna kontrasepsi implan dan IUD yang habis masa pakainya c) Akseptor suntik yang datang sesuai jadwal dan akseptor lainnya sesuai kondisi wilayah setempat (zonasi berdasarkan jumlah kasus)
3. Pelayanan klinis bagi penyintas perkosaan adalah pelayanan kesehatan darurat dan akses ke pelayanan harus tersedia 24 jam dalam sehari dan 7 hari dalam seminggu. Jika ada pembatasan, pelayanan difokuskan pada penyintas yang datang dalam 72-120 jam pascaperkosaan untuk mendapatkan PPP untuk HIV, kontrasepsi darurat, perawatan luka dan vaksinasi tetanus bila ada indikasi. Penyintas dapat diminta kembali nanti untuk mendapatkan vaksinasi lengkap, pengobatan profilaksis IMS dan pemeriksaan medis lanjutan jika diperlukan
4. Langkah-langkah penerapan kewaspadaan standar dan pencegahan HIV, termasuk transfusi darah dan penyediaan ARV untuk pengobatan HIV sebelum krisis kesehatan termasuk perempuan yang masuk dalam program untuk mencegah penularan vertikal dari ibu ke anak. Berikan PPP kepada penyintas kekerasan seksual dan paparan saat kerja.

Pelayanan prioritas untuk masing-masing komponen pada situasi wabah dapat dilihat di buku pedoman masing-masing komponen yang telah disusun secara terpisah.

BAB VI

PENILAIAN KEBUTUHAN PPAM

Pelayanan kesehatan ibu dan anak pascabencana

Kredit foto: Ikatan Bidan Indonesia

Pada tahap tanggap darurat krisis kesehatan perlu dilakukan penilaian untuk mendapatkan informasi mengenai kondisi penduduk yang terkena dampak atau pengungsi. Kaji cepat masalah kesehatan PPAM Kesehatan Reproduksi pada masa tanggap darurat krisis kesehatan merupakan hal yang harus dilakukan agar berbagai macam kebutuhan khususnya yang terkait dengan kesehatan reproduksi pada masa tanggap darurat krisis kesehatan dapat terpetakan. Kaji cepat masalah kesehatan perlu memperhatikan prinsip dasar hingga berbagai kebutuhan, mulai dari siapa saja pihak yang terlibat, bagaimana proses analisis akan dilakukan, hingga diseminasi hasilnya. Penilaian dilakukan untuk mendapatkan informasi tentang kebutuhan dan kerentanan kesehatan reproduksi yang ada di lapangan setelah terjadi krisis. Secara umum tidak perlu melakukan penilaian tentang intervensi apa yang dilakukan, karena intervensi kesehatan reproduksi pada tanggap darurat krisis kesehatan adalah melalui penerapan PPAM. Pengumpulan data secara langsung mengenai jumlah sasaran pelayanan kesehatan reproduksi (ibu hamil, ibu melahirkan, bayi baru lahir dan lain-lain) pada awal terjadi krisis kesehatan dilakukan bila memungkinkan, karena berdasarkan pengalaman lapangan, data tersebut sulit didapatkan. Koordinator subklaster kesehatan reproduksi dapat memperoleh data sasaran pelayanan kesehatan reproduksi melalui estimasi statistik, yaitu dengan menggunakan data jumlah pengungsi. Data pengungsi dapat diperoleh dari tim penilaian kesehatan cepat (*Rapid Health Assessment*/RHA) yang menggunakan formulir pelaporan kejadian krisis kesehatan (lampiran 3). Namun, penilaian tetap harus dilakukan untuk memperoleh informasi mengenai kondisi fasilitas kesehatan, ketersediaan pelayanan, tenaga kesehatan, ketersediaan alat dan obat, sistem rujukan untuk kasus kegawatdaruratan serta kondisi kelompok rentan sasaran kesehatan reproduksi di pengungsian. Dengan terkumpulnya data dan informasi tersebut maka dapat disusun strategi dan rencana PPAM Kesehatan Reproduksi.

6.1. Jenis penilaian kebutuhan yang dilakukan:

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

Kaji cepat masalah kesehatan (rapid health assessment) yang selanjutnya disebut RHA adalah serangkaian kegiatan yang meliputi mengumpulkan, mengolah, dan menganalisa data serta

informasi untuk mengukur dampak kesehatan dan mengidentifikasi kebutuhan kesehatan masyarakat terdampak yang memerlukan respon segera. RHA dilakukan oleh tim kaji cepat klaster kesehatan (tim RHA) yang terdiri dari personil atau perwakilan masing-masing subklaster. Perwakilan subklaster kesehatan reproduksi yang menjadi anggota tim RHA akan dibekali dengan peralatan minimum untuk mengantisipasi bila ada ibu hamil di pengungsian yang akan melahirkan sewaktu-waktu di tengah proses penilaian. Peralatan minimum yang harus dibawa terdiri dari:

1. Peralatan individu (*survival kit*) yang direkomendasikan bagi anggota tim sesuai kebutuhan (lihat lampiran 4)
2. Alat pertolongan persalinan: bisa berupa bidan kit atau partus set yang dilengkapi dengan obat-obatan dan bahan habis pakai untuk menolong persalinan sesuai kebutuhan.
3. Kit individu untuk ibu pasca melahirkan dan bayi baru lahir masing-masing sebanyak minimal 5 buah atau lebih bila memungkinkan untuk dibawa dalam penerbangan ke tempat bencana.

6.1.2. Penilaian kebutuhan khusus PPAM

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

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

a. Mengumpulkan data sekunder/data dasar prakrisis: data sasaran, indikator penting terkait kesehatan reproduksi seperti angka kelahiran kasar, persalinan oleh tenaga kesehatan, data fasilitas pelayanan kesehatan (lihat lampiran 5) Hal ini dilakukan untuk mendapatkan gambaran tentang kondisi kesehatan reproduksi sebelum bencana terjadi
b. Melakukan estimasi jumlah sasaran kesehatan reproduksi untuk respon bencana. Estimasi dilakukan dengan menggunakan data jumlah pengungsi yang didapat dari tim RHA Estimasi sasaran juga dapat dilakukan dengan menggunakan aplikasi yang disebut sebagai

"kalkulator PPAM". Kalkulator PPAM dikembangkan di tingkat global untuk mempermudah mendapatkan beberapa data estimasi populasi target dengan menggunakan data jumlah pengungsi dan menggunakan presentasi statistik dari jumlah kelompok tertentu yang diperoleh dari data sensus, survei kependudukan dan kesehatan dan sumber lainnya. Data yang tersedia di kalkulator PPAM adalah di tingkat nasional, dan dapat digunakan pada tingkat yang lebih rendah bila datanya tersedia.

Kalkulator PPAM (MISP calculator) dapat diakses di link berikut: humanitarian.unfpa.id

Tabel 9 Data Estimasi Statistik yang Dapat Diperoleh dari Kalkulator PPAM

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

Berdasarkan data estimasi tersebut kita bisa memperoleh data sebagai berikut:

- Jumlah WUS: 27% dari jumlah pengungsi yang merupakan populasi target utama PPAM, sekaligus bisa menghitung jumlah kit dignity/kit khusus perempuan yang termasuk pembalut di dalamnya
- Jumlah estimasi kelahiran hidup dalam waktu 12 bulan ke depan
- Jumlah estimasi kelahiran hidup dalam waktu 1 bulan ke depan
- Jumlah estimasi ibu hamil saat ini
- Jumlah estimasi kasus komplikasi kehamilan dan persalinan
- Jumlah estimasi orang dewasa dengan IMS, dll.

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

Tabel 10 Penghitungan Estimasi Ibu Hamil, Melahirkan, dan Bayi Baru Lahir Secara Manual

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

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

Tabel 11 Data estimasi statistik yang dapat diperoleh dari hasil survei dan sensus penduduk

No	Data	Estimasi Statistik
1	Populasi balita	13%
2	Populasi lansia (≥ 60 tahun)	9,9%

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

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

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

c. Melakukan penilaian kondisi fasilitas pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan dan ketersediaan alat dan obat untuk memberikan pelayanan kesehatan reproduksi (lihat lampiran 5)

- Kondisi fasilitas kesehatan, termasuk kondisi puskesmas PONED dan rumah sakit PONEK:

  kondisi bangunan apakah masih bisa dipergunakan atau tidak; perlu tidaknya didirikan tenda pelayanan kesehatan reproduksi.

- Kondisi tenaga kesehatan: apakah tenaga kesehatan terdampak bencana, kondisi fisik dan mental dari tenaga kesehatan. Perlu tidaknya bantuan tenaga dari luar (prioritas dari kabupaten/provinsi sekitar yang sudah siap membantu), perlu tidaknya dukungan

psikososial bagi tenaga kesehatan yang terdampak.

- Ketersedian alat, obat dan bahan habis pakai untuk pelayanan kesehatan reproduksi.
- Sistem rujukan khususnya untuk kegawatdaruratan kebidanan dan neonatal: kondisi jalan, ketersediaan transportasi, waktu tempuh ke tempat rujukan, faktor keamanan dll

d. Jika bencana berskala besar, mendata lembaga/organisasi/LSM yang bekerja di subklaster kesehatan reproduksi pada tanggap darurat krisis kesehatan. Data ini dapat diperoleh melalui koordinasi dengan sektor kesehatan (lihat lampiran 6). Hal ini dilakukan untuk mengidentifikasi dan membagi peran organisasi dan lembaga yang bekerja di bidang kesehatan reproduksi di daerah yang terkena dampak bencana, agar tidak terjadi tumpang tindih dalam memberikan bantuan dan pelayanan

e. Mengumpulkan data kondisi ibu hamil dan melahirkan di pengungsian dengan melakukan wawancara dengan 2-3 ibu hamil/melahirkan yang ditemui di tenda pengungsian (lihat lampiran 7). Data ini dikumpulkan untuk mengetahui tentang ketersediaan pelayanan bagi ibu hamil dan pascapersalinan di pengungsian.

   Bila memungkinkan, mengumpulkan data kondisi kelompok rentan lain seperti balita, lansia, penyandang disabilitas di pengungsian dengan melakukan observasi dan wawancara untuk mengidentifikasi kebutuhan khusus mereka.

f. Melakukan penilaian risiko terjadinya kekerasan berbasis gender (KBG) di tempat pengungsian dengan melakukan observasi langsung dan melakukan wawancara dengan pengelola tempat pengungsian dan dengan perwakilan pengungsi. Formulir Penilaian Risiko Kekerasan Berbasis Gender (KBG) di Lokasi Pengungsian dapat dilihat di lampiran 8.

II. Pihak yang menilai

Subklaster kesehatan reproduksi akan berpartisipasi pada penilaian kebutuhan berikut:

a. Penilaian kesehatan cepat (RHA)

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

b. Penilaian kebutuhan PPAM

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

III. Cara menganalisis, menggunakan dan mendiseminasikan hasil penilaian

1. Setelah mendapatkan lembar penilaian, koordinator atau anggota subklaster kesehatan reproduksi melakukan penilaian dengan menganalisa data prakrisis dan data yang didapatkan pada saat tanggap darurat seperti:

   - jumlah pengungsi yang didapat dari tim RHA , termasuk data pengungsi remaja, balita dan lanjut usia (bila tersedia)
   - penilaian kondisi fasilitas pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan dan ketersediaan alat dan obat untuk memberikan pelayanan kesehatan reproduksi
   - mendata lembaga/organisasi/LSM yang bekerja di bidang kesehatan reproduksi pada tanggap darurat krisis kesehatan
   - data kondisi ibu hamil dan melahirkan di pengungsian

2. Faktor-faktor yang meningkatkan risiko kekerasan berbasis gender (KBG) dengan berkoordinasi dengan subklaster PPKGB dan Pemberdayaan Perempuan. Menggunakan dan mendiseminasikan hasil penilaian.

   Setelah melakukan analisa dapat disusun strategi dan rencana pelaksanaan PPAM di situasi krisis baik dalam bentuk penerapan PPAM serta dukungan logistik sesuai kebutuhan pengungsi di daerah tersebut. Hasil dari analisa dapat berisi rekomendasi mengenai bagaimana memastikan intervensi PPAM yang dimuat dalam bentuk laporan (Lihat contoh format laporan penilaian di lampiran 9). Hasil rekomendasi diinformasikan kepada semua organisasi yang terlibat dalam respon bencana, termasuk masyarakat melalui mekanisme koordinasi kesehatan dan sistem pelaporan yang ada saat bencana.

BAB VII

LOGISTIK UNTUK PELAKSANAAN PPAM

Persiapan distribusi kit individu untuk perempuan terdampak bencana akibat Gempa Maluku, 2019

Kredit Foto: Lucky Putra/UNFPA

Kesiapsiagaan logistik PPAM Kesehatan Reproduksi perlu dilakukan untuk mendukung pelaksanaan PPAM Kesehatan Reproduksi. Kit kesehatan reproduksi dikemas khusus, disesuaikan dengan jenis pelayanan, guna memudahkan pelaksanaan PPAM Kesehatan Reproduksi yang berdasarkan jenis tindakan yang dilakukan. Berikut adalah gambaran kebutuhan logistik pada setiap fase bencana:

Gambar 6: logistik pada tiap fase bencana

Dalam kesiapsiagaan terdapat sejumlah kegiatan untuk memenuhi kebutuhan logistik pada setiap fase kesehatan. Pada situasi krisis kesehatan, kebutuhan untuk identifikasi mitra, kebutuhan logistik PPAM, kit kebutuhan perempuan dan penunjang lainnya sangatlah penting. Sementara, pada situasi prakrisis kesehatan, jumlah sasaran, pengadaan barang dan sistem penyimpanan beserta tanggal kedaluwarsa juga perlu diidentifikasi.

Untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan reproduksi yang optimal bagi penduduk yang terkena dampak krisis kesehatan dan untuk mendukung pelaksanaan PPAM pada tahap tanggap darurat kesehatan, diperlukan ketersediaan pasokan logistik yang memadai. Ketersediaan

pasokan logistik sangat penting karena cakupan pelayanan kesehatan reproduksi sangat luas dan mencakup 9 komponen yang sudah dijelaskan di bab-bab sebelumnya. Mengingat pentingnya dukungan logistik ini, maka perlu ditunjuk penanggung jawab dari anggota subklaster kesehatan reproduksi.

Secara umum logistik untuk pelaksanaan PPAM terdiri dari

1. alat, obat dan bahan habis pakai untuk memberikan pelayanan kesehatan reproduksi (semua komponen PPAM), kesehatan balita, remaja dan lanjut usia;
2. *kit* individu: *dignity kit/kit* khusus perempuan, *kit* ibu hamil, ibu melahirkan, bayi baru lahir, remaja, dan lansia;
3. logistik pelayanan kesehatan balita dan lanjut usia; dan
4. peralatan penunjang lain seperti tenda kesehatan reproduksi, tenda bidan, tenda multifungsi (untuk remaja dan perempuan), generator, buku kesehatan ibu dan anak (KIA), materi komunikasi informasi dan edukasi (KIE), radio tenaga surya/*solar cell*, identitas lembaga, dll.

7.1. Alat, Obat dan Bahan Habis Pakai untuk Pelayanan Kesehatan Reproduksi

Untuk memberikan pelayanan kesehatan reproduksi di fasilitas kesehatan:

7.1.1. *Kit* Bidan

Merupakan paket alat, obat dan bahan habis pakai untuk pertolongan persalinan. Perlu dipastikan alat dan obat lengkap serta periksa tanggal kedaluwarsa dari obat-obatan tersebut. Kit didistribusikan kepada bidan yang bertugas di daerah terdampak/di lokasi pengungsian. Pastikan tersedia transportasi dan akses menuju lokasi terdampak. Kit diberikan apabila tidak tersedia peralatan pertolongan persalinan/alat-alat kebidanan mengalami kerusakan atau hilang saat terjadi bencana.

7.1.2. *Kit* Kesehatan Reproduksi

- Berupa paket-paket yang berisi obat dan alat kesehatan yang dikemas sesuai dengan pelayanan yang diberikan pada komponen PPAM kesehatan reproduksi.
- Hanya digunakan pada bencana besar dimana infrastruktur kesehatan rusak/tidak berfungsi sehingga fasilitas pelayanan kesehatan tidak mampu melakukan pelayanan kesehatan.
- Apabila dibutuhkan segera, *kit* kesehatan reproduksi dalam bentuk paket juga dapat didatangkan dari Copenhagen, Denmark untuk keperluan minimal 3 bulan
- *Kit* kesehatan reproduksi diadaptasi dari standar internasional yang disesuaikan dengan kebijakan dan standar pelayanan kesehatan reproduksi di Indonesia. Daftar peralatan dan obat-obatan di dalam *kit* kesehatan reproduksi yang telah diadaptasi terdapat dalam Buku Pedoman Dukungan Logistik PPAM Kesehatan Reproduksi pada Krisis Kesehatan.
- *Kit* kesehatan reproduksi hanya dipakai pada bencana besar dimana banyak infrastruktur kesehatan yang rusak, tidak berfungsi dan tidak mampu melakukan pelayanan kesehatan seperti biasanya. Kebutuhan *kit* tergantung pada banyaknya pengungsi, jenis pelayanan yang akan diberikan serta perkiraan lamanya waktu mengungsi.

Koordinator subklaster kesehatan reproduksi dan penanggung jawab komponen logistik mengatur penyediaan dan pendistribusian *kit* kesehatan reproduksi dengan cara

1. berkoordinasi untuk mendata fasilitas pelayanan kesehatan yang rusak dan tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan reproduksi; dan
2. mengusulkan kebutuhan *kit* kesehatan reproduksi melalui dinas kesehatan provinsi/kabupaten/kota.

   Dinas kesehatan provinsi/kabupaten/kota dapat mengadakan sendiri kebutuhan kit kesehatan reproduksi dengan mengacu pada buku pedoman Dukungan Logistik untuk Pelaksanaan PPAM.

- Dinas kesehatan setempat dapat mengajukan permohonan penyediaan kit kesehatan reproduksi melalui surat kepada Kementerian Kesehatan c.q. Direktur Kesehatan Keluarga. Kementerian Kesehatan akan meneruskan permohonan tersebut kepada UNFPA Indonesia untuk mendukung penyediaan kit kesehatan reproduksi dari gudang logistik internasional untuk bencana di Copenhagen - Denmark.
- Dinas kesehatan provinsi atau kabupaten/kota dapat berkoordinasi dengan lembaga/institusi/pihak lain yang bergerak dalam bidang kemanusiaan untuk pengadaan *kit* kesehatan reproduksi.

3. Memastikan tersedia transportasi dan akses menuju lokasi untuk distribusi *kit*
4. Menyiapkan tempat/lokasi/gudang untuk penyimpanan *kit* kesehatan reproduksi sementara) yang memadai sebelum didistribusi.
5. Memeriksa kelengkapan alat dan obat serta tanggal kedaluwarsa dari lampiran yang tersedia di luar *kit* kesehatan reproduksi sebelum didistribusi.
6. Mendistribusikan *kit* kesehatan reproduksi sesuai dengan kriteria fasilitas kesehatan (fasilitas kesehatan tingkat pertama, fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut, dll)
7. Memberikan penjelasan dan pemahaman tentang cara penggunaan *kit* kesehatan reproduksi
8. Menyerahkan *kit* kepada penanggung jawab kegiatan/kepala puskesmas dan atau rumah sakit dengan menandatangani berita acara serah terima barang

Tabel 12 Perbandingan *Kit* Kesehatan Reproduksi di Tingkat Global dan yang Telah Diadaptasi di Indonesia

	Kit Kesehatan Reproduksi Internasional		**Kit Kesehatan Reproduksi yang disesuaikan dengan kondisi Indonesia**
Kit 0	Kit administrasi	Kit 0	Kit administrasi
Kit 1A	Kit kondom laki-laki*	Kit 1	Kit kondom
Kit 2	Kit persalinan bersih individu (bagian A dan B)	-*	*Di Indonesia kit no 2 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
Kit 6	Kit pertolongan persalinan di klinik	Kit 6	Kit pertolongan persalinan di klinik
Kit 7	Masuk ke dalam komoditas tambahan**	Kit 7	Kit alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR/IUD) dan pencabutan implant
Kit 8	Kit penanganan keguguran dan komplikasi keguguran	Kit 8	Kit penanganan keguguran dan komplikasi keguguran
Kit 9	Kit jahitan robekan leher rahim dan vagina	Kit 9	Kit jahitan robekan leher rahim dan vagina
Kit 10	Kit persalinan dengan ekstraksi vakum	Kit 10	Kit persalinan dengan ekstraksi vakum
Kit 11	Kit tingkat rujukan untuk kesehatan reproduksi (komplikasi kebidanan parah dan kit operasi kebidanan)	Kit 11	Kit tingkat rujukan untuk kesehatan reproduksi
Kit 12	Kit transfusi darah	Kit 12	Kit transfusi darah

Catatan: kode warna pada tabel di atas adalah sesuai dengan kode warna yang ada di kemasan kit kesehatan reproduksi

Pada tahun 2019, telah dilakukan revisi dari kit kesehatan reproduksi di tingkat internasional dengan beberapa perubahan.

1. Kit kesehatan reproduksi tidak lagi dibagi berdasarkan blok melainkan berdasarkan tingkat fasilitas kesehatan yaitu:
   a. Tingkat masyarakat
   b. Fasilitas kesehatan dasar (puskesmas PONED)
   c. Fasilitas kesehatan rujukan (RS PONEK)
2. Perubahan pada kit kontrasepsi
   a. Kit 1 terdiri dari:
      - Kit 1A: kondom laki-laki
      - Kit 1B: kondom perempuan: menjadi bagian dari komoditas pelengkap (*complementary commodity)*
   a. Kit 7 terdiri dari:
      - Kit 7A: *kit* IUD menjadi bagian dari komoditas pelengkap
      - Kit 7B: *kit* implan menjadi bagian dari komoditas pelengkap
3. Komoditas pelengkap

   Tambahan komoditas pelengkap adalah satu set alat, bahan habis pakai dan obat yang dapat dipesan dalam kondisi tertentu untuk melengkapi *kit* yang ada:

   - Di mana penyedia layanan telah dilatih untuk menggunakan pasokan khusus
   - Di mana jenis komoditas tersebut sudah dipakai sebelum terjadi krisis
   - Dalam situasi darurat konflik yang berkepanjangan (meskipun upaya harus diarahkan untuk mendapatkan barang-barang ini dari jalur pengadaan lokal dan regional yang lebih berkelanjutan);
   - Di mana penggunaan komoditas ini diijinkan secara legal di negara tersebut.

Tabel 13 Isi Komoditas Pelengkap Kit Kesehatan Reproduksi:

Tingkat fasilitas kesehatan	Item	Pelengkap dari kit
Koordinasi	Kit administrasi dan training	Semua kit
Masyarakat/pos kesehatan	Kit 1B: kondom perempuan	Kit 1A
	Gel Chlorhexidine untuk perawatan tali pusat	Kit 2A
	Misoprostol	Kit 2A, 6B dan 8
	Kit untuk perawatan bayi baru lahir (tingkat masyarakat)	Kit 2A dan 2B
	Depot medroxyprogesterone acetate (DMPA-SC): suntik KB mandiri (tidak dipakai di Indonesia)	Kit 4
Tingkat pelayanan kesehatan dasar (PONED)	Kit 7A: IUD	Kit 4
	Kit 7B: Implant	Kit 4
	Non pneumatik anti-shock garment (pakaian untuk mencegah shock)	Kit 6A
	Kit untuk perawatan bayi baru lahir (tingkat pelayanan kesehatan dasar)	Kit 6A dan 6B
	Oxytocin	Kit 6B dan 11B
	Inter-agency Emergency Kit (dasar dan pelengkap untuk malaria)	Kit 6B dan 11B
	Mifepristone (tidak dipakai di Indonesia)	Kit 8
	Persalinan dengan alat vacuum manual (genggam)	Kit 10
Tingkat pelayanan rujukan (PONEK)	*Kit* perawatan bayi baru lahir (kit untuk RS)	*Kit* 11A dan 11B

7.2. *Kit* Individu

- Merupakan paket individu yang berisi pakaian, perlengkapan kebersihan diri, alat perlindungan dan kebutuhan dasar pengungsi untuk hidup di pengungsian secara layak dan bermartabat dan dikemas dalam tas dengan warna tertentu.
- *Kit* diberikan sesegera mungkin pada awal terjadi krisis kesehatan sesuai kebutuhan dari hasil kaji cepat tim lapangan dan diberikan **secara terintegrasi** dengan intervensi yang dilakukan. Misalnya *kit* ibu hamil diberikan pada ibu hamil saat datang memeriksakan kehamilan di tenda kesehatan reproduksi, *kit* ibu pasca melahirkan dan *kit* bayi baru lahir diberikan pada ibu yang melahirkan di fasilitas kesehatan dll.
- Diberikan penjelasan bagaimana cara penggunaannya, seperti penggunaan peluit, pembalut pakai ulang, senter, dll.
- Pendistribusian *kit dignity/kit* khusus perempuan dan *kit* individu akan mengikuti panduan yang disusun sesuai dengan kondisi daerah yang terdampak krisis kesehatan:

  a. Kriteria penerima

  b. Mekanisme distribusi

  c. Monitoring pasca distribusi

  d. Mekanisme *feedback*/umpan balik dari penerima kit tersebut

Tabel 14 Jenis Kit Individu yang Ada di Indonesia

No	Nama kit individu	Target sasaran	Keterangan
1	*Kit dignity/kit* khusus perempuan	Wanita usia subur 15-49 tahun	Tas warna biru
2	*Kit* ibu hamil	Ibu hamil	Tas warna hijau
3	*Kit* ibu bersalin	Ibu baru bersalin dan menyusui	Tas warna oranye
4	*Kit* bayi baru lahir	Bayi usia 0-3 bulan	Tas warna merah
5	*Kit* remaja perempuan	Remaja 10-19 tahun	Tas warna merah muda
6	*Kit* remaja laki-laki	Remaja 10-19 tahun	Tas warna biru tua
7	*Kit* lanjut usia perempuan	Wanita usia ≥ 60 tahun	Tas warna ungu
8	*Kit* lanjut usia laki-laki *Kit* lansia berkebutuhan khusus (laki-laki dan perempuan)	Pria usia ≥ 60 tahun	Tas warna hitam
9	*Kit* balita	Anak usia 3-72 tahun	Tas warna kombinasi biru muda dan merah muda

***Pengadaan *kit* akan disesuaikan dengan ketersediaan dana dan intervensi yang dilakukan. Misalnya *kit* remaja akan diadakan bila ada kegiatan khusus remaja dan dipastikan target sasaran tidak menerima dobel.**

7.2.1. Persiapan dan distribusi kit individu

Penanggung jawab komponen logistik PPAM menyiapkan dan mendistribusikan *kit* individu dengan cara:

- Menghitung kebutuhan kit individu dengan menggunakan data riil di lapangan, atau apabila data belum tersedia, dapat menggunakan estimasi jumlah sasaran dari total jumlah pengungsi di wilayah tersebut.
- Mendistribusikan *kit* individu sesuai dengan sasaran khusus untuk masing-masing *kit*
- Apabila *kit* individu belum tersedia, penanggung jawab PPAM dapat mengoordinasikan kebutuhan tersebut kepada para pemberi bantuan/donatur dalam krisis kesehatan

7.2.2. Pengadaan *kit* individu

- Sebaiknya pengadaan lokal di daerah rawan bencana dengan menggunakan dana lokal (APBD: BPBD, dinas sosial, dinas kesehatan), atau dukungan swasta melalui program *corporate social responsibility* (CSR)
- Disimpan sebagai persediaan/stok untuk dipakai pada saat bencana
- Dapat dimintakan ke Kemenkes/UNFPA dalam jumlah terbatas bila terjadi bencana besar
- Isi *kit* dapat diadaptasi sesuai kondisi /budaya setempat, misalnya memasukkan hijab/ kerudung untuk provinsi Aceh, sarung/jarik, dll
- Bila dana yang tersedia sangat terbatas, pengadaan bisa berupa isi inti *kit* individu yang terdiri dari pembalut, pakaian dalam (celana dalam dan bra), alat-alat kebersihan (toiletries) yang terdiri dari sabun mandi, sikat gigi, odol, shampo, sisir; dan alat perlindungan berupa senter dan peluit.

7.3. Logistik pelayanan kesehatan balita:

Logistik untuk pelayanan kesehatan balita terdiri dari:

1. *Kit* individual balita (diperoleh dari subklaster kesehatan reproduksi)
2. *Kit* pelayanan kesehatan balita (diperoleh dari subklaster pelayanan kesehatan)
3. Ketersediaan makanan dan nutrisi/PMBA (subklaster pelayanan gizi)
4. Ketersediaan obat dan vaksin (tim logistik)
5. Buku KIA dan materi KIE terkait kesehatan balita (subklaster kesehatan reproduksi)
6. Dapur umum pelayanan khusus balita/PMBA (subklaster pelayanan gizi)
7. Permainan untuk balita (subklaster kesehatan jiwa)

7.4. Logistik pelayanan kesehatan lanjut usia:

a. Tenda khusus kelompok lansia

b. Obat-obatan untuk kesehatan lansia dan kit penanggulangan pertama

c. Individual *kit* untuk lansia laki-laki dan perempuan

7.5. Alat dan sarana penunjang lainnya

7.5.1. Tenda:

a. Tenda kesehatan reproduksi

- Berfungsi sebagai tempat pelayanan kesehatan sebagai tempat pelayanan kesehatan reproduksi sementara di lokasi pengungsian yang padat dan jauh dari fasilitas kesehatan atau di lokasi puskesmas yang bangunannya mengalami rusak berat dan tidak berfungsi
- Tidak berdiri sendiri melainkan berdampingan dengan tenda kesehatan umum dan fokus untuk memberikan pelayanan terpadu kesehatan reproduksi dan penanganan kasus kekerasan seksual atau KBG
- Tenda ukuran minimal 5 x 10 meter dan memiliki sekat-sekat (partisi/tirai) untuk menjamin privasi dan kenyamanan pasien pada saat memberikan pelayanan kesehatan reproduksi.

Tabel 15 Pendirian Tenda Kesehatan Reproduksi

No	Komponen	Tenda Kesehatan reproduksi
1	Kriteria pendirian	• Bangunan puskesmas rusak dan tidak bisa dipergunakan untuk pelayanan kesehatan reproduksi • Di lokasi pengungsian yang padat dan jauh dari fasilitas kesehatan terdekat
2	Syarat dan ketentuan	• Tidak berdiri sendiri di lokasi pengungsian, tetapi berada di samping tenda kesehatan umum • Berdiri di samping Tenda Ramah Perempuan (TRP) untuk integrasi pelayanan kesehatan reproduksi-KBG • Ketersediaan fasilitas dasar: listrik/genset, air bersih, toilet (bagi pasien dan tenaga kesehatan), fasilitas pembuangan sampah medis dan nonmedis • Faktor keamanan terjamin untuk tenaga yang bertugas dan peralatan tenda • Di lokasi yang aman dari bencana seperti tanah longsor, banjir dll • Tenaga kesehatan (bidan sebagai tenaga utama + perawat/ dokter) tersedia dan ***standby*** secara bergiliran untuk memberikan pelayanan kesehatan reproduksi 24 jam sehari dan 7 hari dalam seminggu
3	Penanggung jawab	Dinas Kesehatan dengan kolaborasi dan koordinasi dengan mitra anggota subklaster kesehatan reproduksi: 1. Tenda Kesehatan reproduksi: disupport oleh Kemenkes – Dinkes Provinsi – UNFPA 2. Tenaga: bidan oleh IBI, tim dari rumah sakit (RSCM, RS Dr Soetomo dll), perawat oleh PPNI, dokter oleh IDI dan Doctor Share, project hope dll 3. Peralatan: oleh Americares Pelayanan di tenda kesehatan reproduksi: 1. Keluarga Berencana: BKKBN 2. Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR): PKBI 3. Dukungan psikososial: Yayasan Pulih, PPNI dll

No	Komponen	Tenda Kesehatan reproduksi
4	Logistik yang dipersiapkan	1. Spesifikasi tenda: a. Tenda multifungsi, ukuran 5 X 10 m b. Bersekat untuk menjamin privasi dan kenyamanan pasien c. Memiliki ventilasi yang cukup d. Dilengkapi palet kayu sebagai lantai dari tenda 2. Peralatan tenda kesehatan reproduksi: a. Alat, obat, dan bahan habis pakai untuk layanan kesehatan reproduksi, termasuk peralatan kewaspadaan standar b. Alat, obat dan bahan untuk kasus darurat komplikasi kebidanan dan neonatal c. Peralatan pendukung: generator kecil/tenaga matahari, lampu emergency, paket kelistrikan (kabel, lampu dll) d. Peralatan untuk pencatatan dan pelaporan: buku register, buku KIA, formulir rujukan dll sesuai standar yang ada Daftar alat, obat dan bahan dapat dilihat di lampiran 12.
5	Pelayanan yang diberikan	1. Kesehatan ibu dan bayi baru lahir 2. Pelayanan kontrasepsi 3. Pelayanan klinis penyintas kekerasan seksual 4. Pencegahan dan pengobatan IMS/HIV 5. Kesehatan reproduksi remaja 6. Distribusi individual kit 7. Konseling dan penyuluhan kesehatan reproduksi 8. Penanganan kasus darurat sebelum dirujuk

7.5.2. Tenda Multifungsi

Tenda multifungsi yang dapat dipergunakan sebagai tenda ramah perempuan, ruang ramah remaja, kegiatan untuk kelompok lanjut usia ataupun kegiatan balita.

Informasi tentang tenda ramah perempuan, termasuk bagaimana kriteria pendirian, logistik yang dibutuhkan dll dapat dilihat di buku: SOP Ruang Ramah Perempuan dalam Pencegahan Kekerasan Berbasis Gender (KBG), Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (2020). Penjelasan tentang ruang ramah remaja dapat dilihat di bab IV.

7.5.3. Media Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) Kesehatan Reproduksi

- Dalam situasi krisis kesehatan, pengungsi perlu diberi informasi tentang pelayanan kesehatan reproduksi yang tersedia di lokasi pengungsian, seperti informasi tempat, jenis, dan jadwal pelayanan kesehatan reproduksi, pendistribusian bantuan dan topik penyuluhan kesehatan reproduksi.
- Media komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) kesehatan reproduksi dapat berupa poster, spanduk, mobil penerangan, radio, dan media lainnya yang bermanfaat bagi pengungsi, seperti kipas plastik dan baju kaos. Tidak dianjurkan memberikan media KIE dalam bentuk *leaflet*/brosur/*flyer* karena akan menimbulkan limbah di tempat pengungsian
- Bila tersedia dapat diberikan radio bertenaga matahari untuk dipergunakan mendapatkan informasi melalui siaran radio yang bekerja sama dengan stasiun radio lokal.

7.5.4. Peralatan penunjang lain

Peralatan penunjang ini digunakan untuk mendukung pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi di situasi krisis kesehatan seperti generator, tempat pembuangan limbah, dll.

BAB VIII

MONITORING DAN EVALUASI

Pelayanan Kesehatan Lansia Pasca bencana banjir Lebak, Banten 2020

Kredit Foto: Lucky Putra/UNFPA

Monitoring dan evaluasi dilakukan pada setiap tahapan krisis kesehatan. Untuk pelaksanaan PPAM Kesehatan Reproduksi monitoring dan evaluasi digunakan sebagai dasar penyusunan program kegiatan untuk memantau hal sebagai berikut:

1. Memantau berbagai kemajuan dan kendala dalam pelaksanaan kegiatan PPAM termasuk mengidentifikasikan solusi- solusi atas kendala tersebut
2. Memberikan akuntabilitas dan transparansi
3. Memastikan penggunaan logistik kesehatan reproduksi pada tingkat rumah sakit, puskesmas, dan masyarakat
4. Memastikan kesiapan pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif

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

1. Menentukan kapan waktu yang tepat untuk transisi dari pelaksanaan PPAM ke pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif
2. Menentukan waktu yang tepat untuk memberikan informasi tentang hasil monitoring dan evaluasi. Hasil ini akan menjadi dasar pertanggungjawaban dan dasar pembuatan keputusan untuk menentukan langkah pada saat transisi serta pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif. Penggunaan hasil secara tepat juga akan memastikan bahwa kegiatan dilaksanakan secara berkelanjutan, sesuai konteks dan kebutuhan masyarakat.

A. Monitoring

Monitoring PPAM dilakukan pada tiga tahap krisis kesehatan:

1. Pada tahap tanggap darurat krisis kesehatan, monitoring dilakukan secara berkala setelah satu atau dua minggu pelaksanaan PPAM Kesehatan Reproduksi bergantung pada perkembangan respon bencana dan kebutuhan masing-masing organisasi. Minimal, data

bulanan harus tersedia untuk digunakan sebagai bahan penyusunan program. Monitoring dilakukan untuk setiap komponen PPAM dengan menggunakan indikator kualitatif dan kuantitatif sesuai tabel ceklis PPAM yang dilengkapi dengan indikator kuantitatif dan kualitatif untuk masing-masing komponen dari PPAM.

2. Pada masa awal transisi darurat

   Pada masa awal transisi dari tahap darurat ke tahap pascakrisis dapat menggunakan indikator umum yang menunjukkan telah dilaksanakannya PPAM. Pencapaian indikator umum ini dapat dipergunakan **sebagai acuan apakah bantuan teknis dari tim subklaster kesehatan reproduksi dari pusat bisa dihentikan dan subklaster kesehatan reproduksi daerah** yang terdampak sudah bisa melanjutkan pelaksanaan PPAM secara mandiri.

Tabel 16: Daftar indikator umum untuk memantau pelaksanaan PPAM untuk transisi ke tahap darurat ke tahap pemulihan awal (indikator berakhirnya dukungan subklaster kesehatan reproduksi dari pusat)

No	Komponen	Indikator	Pencapaian indikator	Cara menilai pencapaian
1	Kondisi umum	a. Masa tanggap darurat bencana b. Akses ke daerah bencana dan respon bencana secara umum	a. Telah berakhir* b. Tidak ada kendala akses ke daerah bencana c. Logistik dasar telah tersedia dan menjangkau semua daerah yang terkena dampak *Lama masa tanggap darurat bencana berbeda-beda tergantung skala bencananya.	a. Masa tanggap darurat telah berakhir yang diumumkan oleh kepala daerah setempat b. Tidak ada daerah terdampak yang terisolasi dan belum mendapat bantuan

No	Komponen	Indikator	Pencapaian indikator	Cara menilai pencapaian
2	Implementasi PPAM	Indikator umum untuk pelaksanaan PPAM	1. Mekanisme koordinasi sudah berjalan melalui subklaster kesehatan reproduksi: rapat rutin dan laporan rutin ke klaster kesehatan 2. Penanggung Jawab masing-masing komponen sudah ditentukan 3. Pelayanan kesehatan reproduksi sudah berjalan melalui pelayanan di fasilitas kesehatan/tenda kesehatan reproduksi dan pelayanan bergerak 4. Kebutuhan SDM telah terpenuhi melalui mobilisasi tenaga kesehatan (bidan, perawat, dr spesialis dll). 5. Kebutuhan logistik dasar untuk penerapan PPAM telah terpenuhi (bidan kit, kit individu, obat dan peralatan kesehatan reproduksi termasuk alokon dll) 6. Data cakupan pelayanan PPAM untuk masing-masing komponen sudah dikumpulkan dan dilaporkan secara rutin	7. Subklaster kesehatan reproduksi setempat sudah terbentuk dan diaktivasi 8. Daftar nama penanggung jawab untuk setiap komponen tersedia 9. Cara mengukur: membandingkan jumlah fasilitas kesehatan yang berfungsi dengan jumlah total fasilitas yang ada. 10. Cara mengukur: tersedianya SDM sesuai kebutuhan di masing-masing fasilitas, SDM awal sudah kembali berfungsi/bekerja kembali seperti sebelum bencana 11. Cara mengukur: pemenuhan sesuai target sasaran awal/ perencanaan awal 12. Tersedianya laporan secara rutin dan mekanisme pelaporan sudah berjalan.

Indikator lebih lanjut untuk menilai dan mengevaluasi masing-masing komponen pada masa pemulihan awal dapat dilihat di lampiran 14.

3. Pada tahap pascakrisis, ketika kondisi telah stabil

Selanjutnya, monitoring dilakukan dengan menggunakan mekanisme yang digunakan pada situasi normal yaitu Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS KIA) dan mekanisme monitoring yang dilakukan rutin setiap bulan untuk komponen lain dari PPAM seperti komponen kekerasan seksual, komponen pelayanan kontrasepsi serta pencegahan penularan IMS/HIV.

B. Evaluasi

a. Tujuan 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 program PPAM dalam memenuhi tujuan yang telah ditetapkan.

b. Waktu Evaluasi

Evaluasi dilakukan di akhir pelaksanaan kegiatan.

c. Instrumen Evaluasi

Evaluasi menggunakan metode-metode asesmen sistematik untuk mengukur aspek kualitatif maupun kuantitatif dari penyelenggaraan pelayanan. Salah satu metode yang dapat digunakan adalah wawancara dengan informan kunci, misalnya ketua atau anggota masyarakat yang terkena dampak untuk mendapatkan informasi terkait kualitas program dan penerimaan/penilaian masyarakat terhadap program yang dilaksanakan.

Evaluasi terhadap kualitas atau akses pelayanan mencakup kajian terhadap dokumen-dokumen operasional (seperti laporan lokasi, laporan perjalanan, laporan supervisi, catatan pelatihan) serta daftar tilik untuk pelayanan kesehatan kualitatif. Pengkajian data yang dikumpulkan dari sistem monitoring juga harus dilihat sebagai bagian dari proses evaluasi.

d. Data yang Dibutuhkan untuk Evaluasi

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

- Efektivitas dari program: apakah program sudah mencapai tujuan yang ditentukan?
- Efisiensi dari program: apakah sumber daya yang ada telah dimanfaatkan secara efisien termasuk sumber daya manusia, peralatan dan pemanfaatan dana, dll?
- Relevansi dari program: apakah program yang dilaksanakan sudah sesuai dengan kebutuhan dari masyarakat yang terkena bencana?
- Dampak dan kesinambungan program: apakah program memberikan dampak yang baik kepada masyarakat dan dapat dilanjutkan setelah pasca bencana selesai
- Permasalahan: apakah ada masalah yang dialami dalam mengimplementasikan program dan bagaimana solusi untuk mengatasi masalah tersebut
- Proses pembelajaran: pelajaran apakah yang didapatkan selama pelaksanaan program yang penting untuk perbaikan ke depan
- Rekomendasi apa yang harus disampaikan untuk peningkatan kualitas pelayanan Untuk melihat detail lembar evaluasi (lihat lampiran 15).

e. Penanggung Jawab Evaluasi

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

f. Analisis dan Diseminasi Hasil Evaluasi

Evaluasi harus menganalisa apa yang berjalan dengan baik maupun apa yang tidak berjalan dengan baik, untuk peningkatan/perbaikan dalam perencanaan dan rancangan program. Umpan balik harus diberikan kepada penanggung jawab/pengelola program dan para

penyedia pelayanan pada saat monitoring dan evaluasi untuk memastikan bahwa masalah-masalah yang teridentifikasi ditangani dengan segera sebelum menjadi persoalan atau risiko.

C. Mekanisme komunikasi dengan masyarakat yang terkena dampak krisis kesehatan:

- Komunikasi dengan masyarakat yang terkena dampak krisis kesehatan sekarang ini merupakan bagian penting dari respon kemanusian di tingkat global dan di tingkat nasional. Pendekatan ini muncul untuk membantu memenuhi kebutuhan informasi dan komunikasi dan didasarkan pada prinsip bahwa informasi dan komunikasi adalah bentuk bantuan penting pada saat bencana. Tanpa adanya informasi dan komunikasi, maka masyarakat tidak dapat mengakses layanan atau membuat keputusan terbaik untuk diri mereka sendiri dan komunitas mereka. Oleh karena itu, di setiap komponen PPAM selalu ada kegiatan untuk memberikan informasi tentang jenis pelayanan kesehatan reproduksi yang tersedia, lokasi tempat pelayanan maupun bagaimana mendapatkan akses terhadap jenis pelayanan tertentu.
- Komunikasi adalah proses dua arah, dan strategi yang efektif memfasilitasi dialog antara pemberi pelayanan dan masyarakat. Hal ini dapat dilakukan dengan menyusun mekanisme cara masyarakat mendapat sumber informasi yang mereka butuhkan dan memastikan suara mereka didengar oleh semua pemberi pelayanan dan bantuan bencana.
- Komunikasi dengan masyarakat yang terdampak juga merupakan elemen penting dalam memastikan akuntabilitas dan transparansi, yang membutuhkan pertukaran informasi yang efektif antara penyintas bencana dan responden.
- Komunikasi dengan masyarakat yang terdampak dan menggunakan pelayanan kesehatan reproduksi dapat dilakukan melalui beberapa cara:

a. Mekanisme menyampaikan informasi melalui: komunikasi radio, melalui buletin informasi bencana, media massa, media sosial dan media KIE lainnya (poster, spanduk dll)

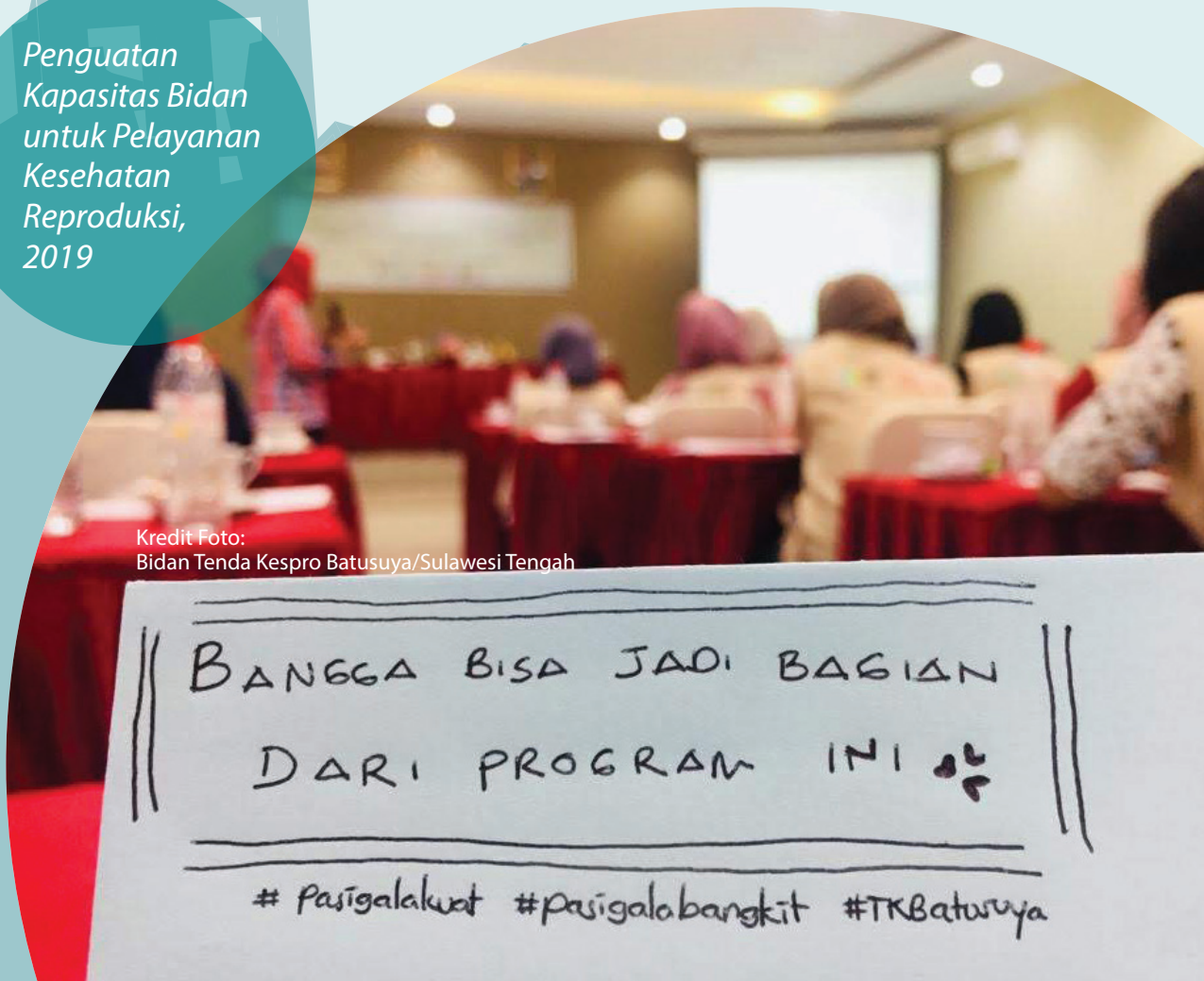
b. Mekanisme umpan balik dan menyampaikan keluhan

- Membuat nomor telepon hotline/call center yang dapat dihubungi secara gratis
- Melalui media online: WhatsApp, SMS, *google-form*
- Membuat kotak saran di setiap tempat pelayanan
- Melakukan *exit interview* atau wawancara singkat dengan penerima pelayanan sebelum meninggalkan tempat pelayanan dengan menggunakan format wawancara sederhana

BAB IX

PENUTUP

Penguatan Kapasitas Bidan untuk Pelayanan Kesehatan Reproduksi, 2019



Kredit Foto:
Bidan Tenda Kespro Batusuya/Sulawesi Tengah

Dengan telah disusunnya Pedoman operasional implementasi Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) kesehatan reproduksi pada krisis kesehatan, diharapkan pelaksanaan PPAM pada situasi krisis kesehatan di masa yang akan datang akan menjadi lebih baik dan sesuai dengan kebutuhan masyarakat yang terkena dampak krisis kesehatan. Pedoman ini sudah mengakomodasi perubahan-perubahan yang terjadi baik di tingkat nasional maupun di tingkat global, mempertimbangkan semua praktik baik maupun proses pembelajaran yang telah didokumentasikan dari pengalaman respon bencana dalam beberapa tahun terakhir sehingga dapat memberikan panduan untuk pelaksanaan PPAM yang sesuai standar dan berkualitas lebih baik.

Kepada para penanggung jawab kesehatan reproduksi pada krisis kesehatan di tingkat pusat, provinsi dan kabupaten agar memperhatikan segala ketentuan yang diatur dalam buku pedoman ini. Secara periodik akan dilakukan pengkajian isi buku pedoman ini, khususnya setelah terjadi bencana berskala besar dan isi pedoman akan diperbaiki berdasarkan pengalaman baik (***good practices***) maupun pembelajaran (***lessons learnt***) dari penanggulangan krisis kesehatan yang telah dilakukan.

LAMPIRAN

Tenda Ramah Remaja
Sulawesi Tengah, 2019

Kredit Foto: Carly Learson/UNFPA

Daftar Lampiran:

Lampiran 1 : Outline Kerangka Acuan Subklaster Kesehatan Reproduksi

Lampiran 2 : Informasi tentang Penilaian Kesiapsiagaan PPAM (*the MISP Readiness Assessment*)

Lampiran 3 : Langkah-langkah pada setiap tahapan krisis kesehatan untuk masing-masing komponen

Lampiran 4 : Formulir pelaporan penilaian cepat kesehatan (RHA) kejadian krisis kesehatan dengan masukan dari subklaster kesehatan reproduksi

Lampiran 5 : Daftar peralatan individu bagi anggota subklaster kesehatan reproduksi yang ditugaskan di tempat bencana

Lampiran 6 : Formulir penilaian kondisi fasilitas kesehatan

Lampiran 7 : Tabel pendataan organisasi yang bergerak di bidang kesehatan reproduksi saat bencana

Lampiran 8 : Formulir wawancara ibu hamil/melahirkan di tempat pengungsian

Lampiran 9 : Penilaian Risiko Kekerasan Berbasis Gender (KBG) di Lokasi Pengungsian

Lampiran 10 : Format dan isi laporan penilaian untuk koordinator kesehatan reproduksi di tingkat pusat/ provinsi/kabupaten

Lampiran 11 : Pelayanan klinis penyintas perkosaan

Lampiran 12 : Tindakan prarujukan dan penanganan darurat sebagai bagian dari Asuhan Pasca Keguguran (APK)

Lampiran 13 : Daftar peralatan, obat dan bahan habis pakai untuk tenda kesehatan reproduksi

Lampiran 14 : Formulir monitoring PPAM

Lampiran 15 : Daftar indikator masing-masing komponen PPAM untuk transisi ke tahap pemulihan awal

Lampiran 16 : Formulir evaluasi PPAM

Lampiran 17 : Daftar pustaka

Lampiran 1: Outline Kerangka Acuan Subklaster Kesehatan Reproduksi

KERANGKA ACUAN (ToR)
Subklaster KESEHATAN REPRODUKSI KLASTER KESEHATAN

I. LATAR BELAKANG

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 nonalam seperti konflik sosial, konflik antar suku dll. Bencana dapat menimbulkan berbagai dampak termasuk timbulnya Krisis Kesehatan. Dalam situasi krisis kesehatan akibat bencana, kebutuhan akan pelayanan kesehatan reproduksi akan tetap ada dan justru meningkat. Pelayanan kesehatan reproduksi sangat penting pada krisis kesehatan, karena perempuan mengalami peningkatan risiko komplikasi kehamilan dan persalinan, karena mereka terpaksa melahirkan tanpa bantuan dari tenaga kesehatan yang terlatih, terbatasnya alat dan bahan serta terganggunya sistem rujukan bila terjadi komplikasi. Selain itu, risiko kekerasan seksual, kehamilan yang tidak direncanakan dan penularan HIV dapat meningkat pada saat bencana.

Pada saat respon bencana, Kementerian Kesehatan, Direktorat Kesehatan Keluarga bersama para mitra kerja fokus kepada hal-hal berikut: memastikan adanya akses terhadap Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi pada Krisis Kesehatann. PPAM merupakan serangkaian kegiatan prioritas kesehatan reproduksi yang harus segera dilaksanakan pada tanggap darurat kesehatan krisis kesehatan dalam rangka menyelamatkan jiwa pada kelompok rentan yang terdiri dari pencegahan kekerasan seksual dan merespon kebutuhan penyintas, pencegahan penularan dan mengurangi kesakitan dan kematian akibat HIV dan IMS lainnya, pencegahan meningkatnya kesakitan dan kematian maternal dan neonatal, pencegahan kehamilan yang tidak direncanakan, ketersediaan kesehatan reproduksi remaja dan pelibatan remaja dalam penanganan bencana. Indonesia melakukan pengembangan tambahan komponen PPAM juga untuk memastikan ketersediaan pelayanan minimum kesehatan balita dan pelayanan minimum kesehatan lanjut usia.

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

Sejak tahun 2014, Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) telah menerapkan sistem klaster nasional yang terdiri dari 8 klaster yaitu 1) Pendidikan 2) Kesehatan, 3) Pencarian dan Penyelamatan 4) Logistik dan peralatan 5) Pengungsian dan Perlindungan 6) Sarana dan prasarana 7) ekonomi dan 8) Pemulihan dini. Di bawah sistem klaster nasional, klaster Kesehatan berada di bawah koordinasi Pusat Krisis Kesehatan (PKK), Kementerian Kesehatan. Subklaster Kesehatan Reproduksi merupakan salah satu subklaster di bawah klaster Kesehatan. Dengan diaktifkannya sistem klaster nasional di bawah koordinasi BNPB termasuk diaktifkannya klaster Kesehatan, maka subklaster Kesehatan Reproduksi perlu dibentuk untuk memastikan upaya penerapan Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan reproduksi pada krisis Kesehatan.

II. TUJUAN

1. Memperkuat koordinasi dan kolaborasi antar pemangku kepentingan dan lembaga pelaksana PPAM Kesehatan Reproduksi pada krisis kesehatan termasuk organisasi berbasis masyarakat penduduk terdampak setempat
2. Melakukan pemetaan dan pelibatan lembaga-lembaga yang bergerak di bidang Kesehatan Reproduksi pada seluruh tahapan krisis kesehatan untuk menghindari duplikasi intervensi dan memastikan pemerataan layanan
3. Mengoordinasikan penilaian cepat PPAM Kesehatan Reproduksi dalam situasi krisis kesehatan dan memperbaharui pemetaan 4W (siapa melakukan apa, dan dimana)

4. Memfasilitasi pertukaran informasi dan mekanisme koordinasi secara rutin serta peningkatan kapasitas berbagai lembaga dan organisasi yang bekerja di bidang Kesehatan Reproduksi pada krisis kesehatan
5. Memastikan ketersediaan dan pelaksanaan peraturan perundangan dan kebijakan terkait Kesehatan Reproduksi pada krisis kesehatan
6. Memastikan ketersediaan dan pelaksanaan pedoman dan standard nasional terkait Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi pada krisis kesehatan
7. Memastikan implementasi PPAM pada krisis kesehatan termasuk memastikan ketersediaan logistik untuk mendukung pelaksanaan PPAM
8. Mengoordinasikan pengadaan dan distribusi logistik PPAM dan pengelolaan rantai pasokan layanan kesehatan reproduksi
9. Menerapan dan mempromosikan langkah-langkah untuk melindungi populasi yang terkena dampak khususnya perempuan dan anak perempian dari kekerasan berbasis gender dalam layanan yang dilaksanakan oleh lembaga kemanusiaan dan penyedia layanan kesehatan.
10. Mengidentifikasi kesenjangan kapasitas dan mengoordinasikan peningkatan kapastas melalui pelatihan-pelatihan cepat terkait PPAM Kesehatan Reproduksi pada krisis kesehatan bagi tenaga kesehatan, mitra kerja subklaster kepro dan masyarakat
11. Memperkuat sistem rujukan terkoordinasi yang memfasilitasi transportasi dan komunikasi dari Puskesmas dan antara Puskesma dan Rumah sakit atau mitra subklaster kespro yang dapat memfasilitasi respons cepat yang lebih komprehensif
12. Memantau pelaksanaan PPAM Kesehatan Reproduksi pada krisis kesehatan, pendokumentasian kinerja dan praktik-praktik baik sebagai upaya bersama
13. Memfasilitasi pengelolaan berbagai pengetahuan dan memfasilitasi platform/mekanisma berbagi pengetahuan (misalnya google drive, milis, situs internak kelompok kerja) untuk menyimpan dan berbagi informasi operasional dan informasi lainnya

14. Memastikan akuntabilitas kepada masyarakat yang terkena dampak, dengan memfasilitasi konsultasi program dengan masyarakat, penilaian kebutuhan inklusif dengan kelompok rentan, mekanisme umpan balik untuk memperbaiki layanan.
15. Memberikan laporan rutin dan mengadvokasikan terkait layanan PPAM Kesehatan Reproduksi pada situasi krisis kesehatan kepada klaster kesehatan

III. KEANGGOTAAN

Subklaster kesehatan reproduksi beranggotakan lembaga-lembaga yang bergerak di bidang kesehatan reproduksi yang terdiri dari:

1. Lembaga Pemerintah:
   a. Kementerian Kesehatan:
      - Direktorat Kesehatan Keluarga
        - Poksi Kesehatan Usia Reproduksi dan Keluarga Berencana
        - Poksi Kesehatan Maternal dan Neonatal
        - Poksi Kesehatan Usia Sekolah dan Remaja
        - Poksi Kesehatan Balita
        - Poksi Kesehatan Lansia
      - Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Langsung (Poksi HIV)
      - Direktorat kesehatan Lingkungan
      - Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Masalah Kesehatan Jiwa dan Napza (P2MKJN)
   b. BKKBN:
      - Direktorat Bina Kesehatan KB Jalur Pemerintah (Jalpem)
      - Direktorat Bina Pelayanan KB Wilayah Khusus (Jalsus)

c. Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (KPP-PA)

- Asisten deputi perlindungan hak perempuan dari rumah tangga dan rentan
- P2TP2A

2. Lembaga Non Pemerintah

a. Organisasi profesi: IBI, PPNI (Ikatan Perawat Kesehatan Jiwa Indonesia/IPKJI, Ikatan Perawat Maternitas Indonesia/IPEMI), IDI, Indonesian Young Health Professional Society/ YHPS

b. LSM nasional: PMI, Yayasan Pulih, Dompet Dhuafa, PKBI, Fatayat NU, Bunda Suci, Yayasan Ibu, Yayasan Dokter Peduli (DoctorSHARE), Yayasan Kerti Praja, Americares, MDMC

3. Lembaga Usaha

Lembaga usaha yang berkomitmen mendukung isu perlindungan hak perempuan secara umum dan perlindungan hak perempuan pada situasi bencana.

Keanggotaan dari subklaster kesehatan reproduksi akan diformalkan melalui SK dari Direktur Kesehatan Keluarga selaku Koordinator Subklaster Kesehatan Reproduksi dengan mekanisme sebagai berikut:

a. Kementerian Kesehatan (Direktorat Kesehatan Keluarga) bersurat kepada calon anggota subklaster kesehatan reproduksi untuk konfirmasi keanggotaan dan penunjukan focal point untuk masing-masig lembaga

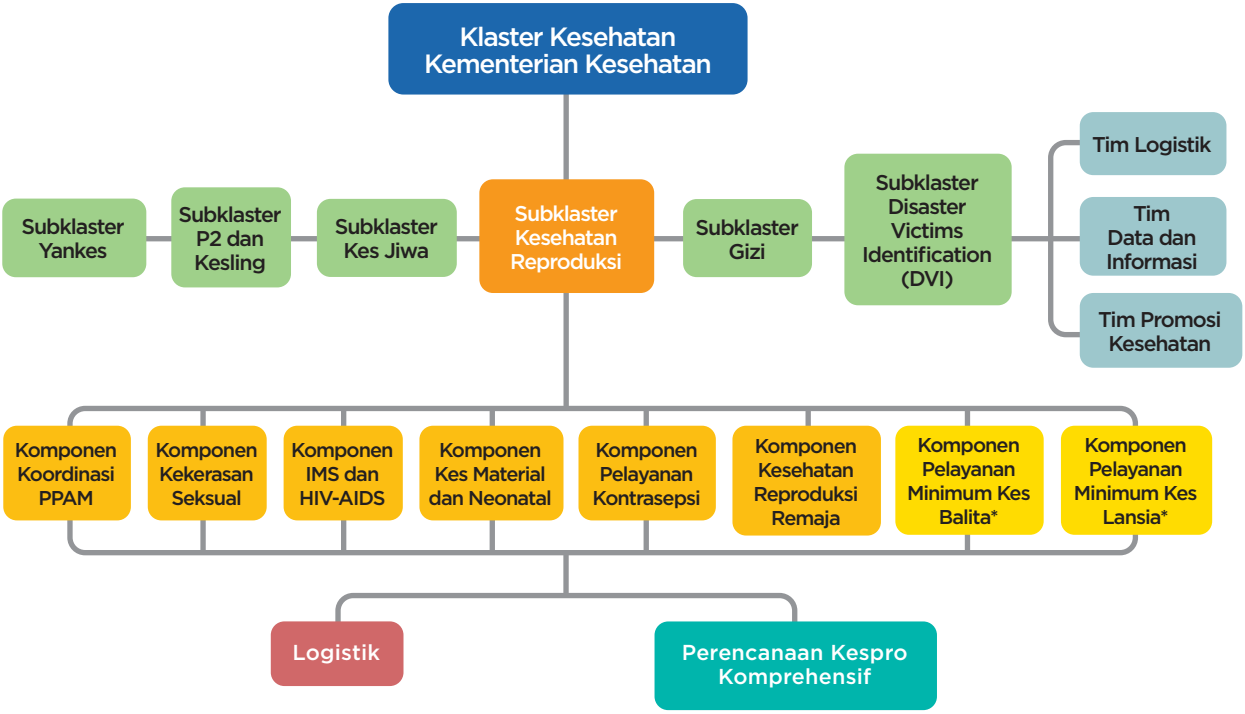
b. Lembaga yang berminat untuk menjadi anggota subklaster akan melakukan konfirmasi sebagai anggota subklaster dengan komitmen untuk berpartisipasi secara aktif di dalam subklaster serta menyebutkan bidang kerja/komponen yang sesuai untuk lembaga tsb

c. Subklaster kesehatan reproduksi akan diformalkan melalui SK dengan mitra anggota subklaster

IV. STRUKTUR ORGANISASI

1. Subklaster Kesehatan Reproduksi

Struktur organisasi subklaster Kesehatan Reproduksi adalah sebagai berikut:



**PPAM Kesehatan Reproduksi ditargetkan untuk kelompok usia reproduksi (15-49 tahun), tetapi untuk Indonesia, pelayanan minimum kesehatan balita dan kesehatan lanjut usia (PMKL) diintegrasikan sebagai bagian program inklusi dan mengikuti pendekatan siklus hidup.*

Subklaster Kesehatan Reproduksi:

- Penanggung Jawab:
  - Koordinator : Direktur Kesehatan Keluarga
- Organisasi Pendukung: UNFPA

- Kelompok Kerja:

  a. Komponen Penanganan Kekerasan Berbasis Gender

     Penanggung Jawab: Koordinator Substansi Kesehatan Usia Reproduksi dan Keluarga Berencana

     Mitra potensial:

     - Dit P2MKJN, Yayasan Pulih, P2TP2A, Organisasi Profesi (IDI, IBI, IPKJI, IPEMI), PKBI, Fatayat NU, IYHPS, Dit Kesehatan Lingkungan

  b. Komponen Pencegahan Penularan HIV

     Penanggung Jawab: Koordinator Substansi HIV

     Mitra potensial:

     - PMI, PKBI, Dit Jalpem BKKBN, Organisasi Profesi (IDI, IBI, PPNI), Dit Kesehatan Lingkungan, Dit P2MKJN

  c. Komponen Kesehatan Maternal dan Neonatal

     Penanggung Jawab: Koordinator Substansi Kesehatan Maternal dan Neonatal

     Mitra potensial:

     - Dit PKP, Dit PKR, PMI, MDMC, PKBI, Dompet Dhuafa, Budha Tzu Chi, Organisasi Profesi (IDI, IBI, POGI, IPEMI, IPANI), Dit Kesling

  d Komponen Pelayanan Kontrasepsi

     Penanggung Jawab: Direktur Bina Pelayanan KB Khusus

     Mitra potensial:

     - PKBI, Organisasi Profesi (IDI, IBI, POGI)

  e. Komponen Kesehatan Reproduksi Remaja

     Penanggung Jawab: Koordinator Substansi Kesehatan Usia Sekolah dan Remaja

Mitra potensial:

- IYHPS, PKBI, Dompet Dhuafa, Fatayat

f Komponen Pelayanan Minimum Kesehatan Balita

Penanggung Jawab: Koordinator Substansi Kesehatan Balita

Mitra potensial:

- UNICEF, organisasi profesi (IDAI, PPNI, IBI,..)

g. Komponen Pelayanan Minimum Kesehatan Lansia

Penanggung Jawab: Koordinator Substansi Kesehatan Lansia

Mitra potensial:

- Organisasi profesi (Pergemi, PPNI, ..),

h. Komponen Logistik

Penanggung Jawab: Adum Direktorat Kesga

Mitra: Dit PKP, PMI, MDMC, PKBI, Yayasan Budha Tzu Chi, Organisasi Profesi (IDI, IBI, PPNI, IPEMI), Dompet Dhuafa, Dit Kesling *Catatan: keanggotaan subklaster di atas hanya merupakan mitra potensial dan akan dikonfirmasi berdasarkan surat konfirmasi dari masing-masing mitra potensial untuk diformalkan melalui SK.*

2. Tim Siaga Kesehatan Reproduksi

a. Latar Belakang

Tim siaga kesehatan reproduksi merupakan bagian dari subklaster kesehatan reproduksi yang memiliki kapasitas untuk respons cepat untuk penanganan awal bencana berskala besar. Untuk respons yang tepat sasaran dan efektif, kegiatan-kegiatan kesiapsiagaan harus diimplementasikan di tingkat nasional dan daerah. Satu komponen penting dari kesiapsiagaan bencana adalah memastikan ketersediaan sumber daya manusia di tingkat nasional yang dapat dikerahkan secepatnya, khususnya pada saat fasilitas kesehatan tidak

berfungsi seperti setelah bencana Tsunami Aceh, 2004; bencana Gempa, Tsunami, dan Likuifaksi Sulawesi Tengah 2018.

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

Tim siaga kesehatan reproduksi terdiri dari perwakilan lembaga/organisasi dan anggota individual/independen yang diharapkan dapat tersedia di setiap tatanan baik di level nasional, provinsi, maupun kabupaten/kota untuk memfasilitasi PPAM.

b. Tujuan:

- Memiliki sumber daya manusia terlatih di tingkat nasional yang terdiri dari individu atau perwakilan lembaga dengan pengetahuan dan keahlian di bidang kesehatan reproduksi pada situasi bencana (PPAM)
- Memberikan bantuan teknis kepada propinsi dan kabupaten yang membutuhkan apabila terjadi bencana berskala besar, seperti dukungan pada saat melakukan asesmen, penyusunan rencana respon bencana maupun pada saat respon bencana itu sendiri

c. Keanggotaan:

Persyaratan menjadi anggota:

- Anggota dapat merupakan perwakilan suatu lembaga atau merupakan anggota individual/independen
- Sudah mendapatkan pelatihan dan memiliki pengetahuan dan pengalaman tentang PPAM (mengikuti pelatihan TOT PPAM dan memiliki pengalaman pada respon bencana berskala besar di Indonesia)

- Sudah mendapatkan pelatihan Pencegahan Eksploitasi dan Pelecehan Seksual (PSEA – *Prevention of Sexual Exploitation and Abuse*)
- Bersedia ditugaskan oleh Kementerian Kesehatan pada bencana berskala besar/ Nasional (sesuai dengan keputusan subklaster kesehatan reproduksi/Klaster Kesehatan)

d. Struktur organisasi

Koordinator: Koordinator Substansi Kesehatan Usia Reproduksi dan Keluarga Berencana

Pendukung: UNFPA

Anggota: - untuk didiskusikan

- IBI : fokus pada komponen Kesehatan Maternal dan Neonatal
- Yayasan Pulih: Pencegahan dan Penanganan Kekerasan Seksual
- PKBI: fokus pada Kesehatan Reproduksi Remaja
- PPNI: fokus pada Pencegahan Penularan HIV
- Dompet Dhuafa

Masing-masing organisasi akan menominasikan 2 orang sebagai anggota tim siaga (sebagai anggota utama dan anggota alternatif sebagai *back up* bila anggota pertama berhalangan) dan mengajukan secara resmi melalui surat ke Direktorat Kesehatan Keluarga.

e. Peningkatan Kapasitas

- Pembekalan dan pelatihan tentang sistem bencana internasional: mekanisme pendanaan, mekanisme koordinasi (sistem klaster internasional, level bencana dll)
- Penguatan aspek manajemen dan koordinasi dari PPAM

f. Mekanisme Penugasan

Apabila terjadi bencana berskala besar/nasional: koordinator tim siaga kesehatan reproduksi akan mengadakan pertemuan untuk membahas hal-hal sbb:

- Tim siaga kesehatan reproduksi di tingkat nasional akan membantu penanganan bencana di provinsi, kabupaten/kota jika wilayah tersebut tidak mampu melakukan penanggulangan bencana, dan/atau bencana yang terjadi berskala nasional
- Surat tugas untuk keberangkatan tim nasional dalam membantu penanganan bencana berskala besar akan dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan,dengan pembiayaan yang berasal dari Pusat Krisis Kesehatan Kementerian Kesehatan atau apabila diperlukan, dari mitra pembangunan seperti UNFPA Indonesia, dan sumber dana lain yang disediakan oleh para mitra.
- Tim siaga kesehatan reproduksi di tingkat provinsi akan memfasilitasi penugasan dalam pelaksanaan PPAM di lokasi kabupaten/kota terdampak yang membutuhkan bantuan
- Surat tugas untuk keberangkatan tim provinsi dalam membantu penanganan bencana di kabupaten/kota terdampak akan dikeluarkan oleh dinas kesehatan di provinsi terkait.

V. MEKANISME KOORDINASI

Mekanisme koordinasi untuk subklaster kesehatan reproduksi dilakukan melalui pertemuan subklaster sebagai berikut:

1. Pertemuan Rutin
   - Rapat pleno subklaster: 3 bulan sekali
   - Pertemuan kelompok kerja (sesuai kebutuhan minimal 3 bulan sekali)
2. Pertemuan *ad-hoc* sesuai kebutuhan, misalnya rapat koordinasi saat terjadi bencana untuk menyusun rencana respon bencana, penyusunan pedoman, learning session dll

Lampiran 2: Informasi Tentang Penilaian Kesiapsiagaan PPAM

Penilaian Kesiapsiagaan PPAM (*the MISP Readiness Assessment*)

- Penilaian kesiapsiagaan PPAM adalah sebuah proses yang dilakukan untuk memberikan gambaran kesiapan dan kapasitas nasional dan / atau sub-nasional untuk memastikan akses ke pelayanan prioritas kesehatan reproduksi yang merupakan bagian dari PPAM. Penilaian ini membantu untuk mengidentifikasi bidang-bidang utama yang membutuhkan investasi lebih lanjut, dan dapat membantu sebagai langkah awal untuk kegiatan kesiapsiagaan kesehatan reproduksi yang terstruktur dan sesuai dengan target yang ditentukan.
- Penilaian dilakukan secara terperinci untuk mengidentifikasi bidang apa yang harus mendapat prioritas untuk kegiatan kesiapsiagaan. Penilaian dilakukan dengan menggunakan alat bantu kuesioner untuk menilai kesiapsiagaan terkait kebijakan, koordinasi, data, sumber daya dan pemberiaan pelayanan untuk semua komponen PPAM di tingkat nasional atau sub-nasional. Kuesioner penilaian mencakup semua komponen PPAM.
- Penilaian kesiapsiagaan PPAM dilakukan dengan menggunakan pendekatan multisektoral dan dilakukan pada tahap pra-krisis atau situasi normal/stabil.
- Secara umum, penilaian kesiapsiagaan PPAM terdiri dari langkah-langkah berikut:
  1. Identifikasi lembaga yang memimpin proses penilaian dan mitra utama untuk terlibat
  2. Menyiapkan dokumen pendukung untuk proses penilaian
  3. Melengkapi kuesioner penilaian kesiapsiagaan PPAM
  4. Menganalisis hasil kuesioner dan mengidentifikasi permasalahan/kensejangan dan dan menyusun permasalahan/kesenjangan berdasarkan prioritas

5. Menyusun rencana aksi
6. Menyusun rencana tindak lanjut

Idealnya, proses penilaian kesiapsigaan PPAM dilakukan setelah semua peserta yang terlibat mendapat informasi tentang PPAM dan semua komponennya melalui sosialisasi/orientasi ataupun melalui pelatihan PPAM untuk dapat memahami pertanyaan-pertanyaan yang ada di dalam kuesiner untuk setiap komponen PPAM.

Catatan:

Di Indonesia, penilaian kesiapsiagaan PPAM belum pernah dilaksanakan dan akan segera diperkenalkan dalam waktu dekat.

Lampiran 3: Langkah-Langkah pada Setiap Tahapan Krisis Kesehatan untuk Masing-Masing Komponen

Langkah-langkah yang dilakukan pada setiap tahapan krisis kesehatan		
Prakrisis	**Tanggap Darurat**	**Pascakrisis**
1. Klaster kesehatan menunjuk koordinator kesehatan reproduksi untuk mengoordinasikan pelaksanaan PPAM		
a. Pembentukan subklaster kesehatan reproduksi di provinsi yang rawan bencana b. Melakukan advokasi dan sosialisasi PPAM c. Penyusunan kebijakan d. Penyusunan NSPK e. Penyediaan logistik PPAM sebagai bagian dari kegiatan kesiapsiagaan f. melakukan Melakukan penilaian kesiapsiagaan PPAM (*The MISP Readiness Assessment*/MRA)*	a. Menunjuk koordinator untuk mengoordinasikan lintas program/lintas sektor, lembaga lokal dan internasional dalam pelaksanaan PPAM Kesehatan Reproduksi b. Mengadakan pertemuan rutin subklaster kesehatan reproduksi untuk memfasilitasi intervensi yang terkoordinasi dan memastikan pelaksanaan PPAM c. Melapor ke klaster kesehatan, memberikan informasi ke subklaster pencegahan dan penanganan kekerasan berbasis gender dan perlindungan perempuan dan atau pertemuan koordinasi nasional terkait pelaksanaan PPAM dan mendiskusikan berbagai isu terkait pelaksanaan PPAM d. Bersamaan dengan mekanisme koordinasi kesehatan/KBG/HIV memastikan pemetaan dan analisis dari pelayanan kesehatan reproduksi yang ada e. Memberi informasi tentang kesediaan tenaga, pelayanan dan komoditas kesehatan reproduksi dan melaporkan permasalahan yang ditemukan di lapangan f. Memastikan masyarakat mengetahui tentang ketersedian dan lokasi pelayanan kesehatan reproduksi	a. Melakukan pertemuan evaluasi pasca respon krisis kesehatan b. Menyusun rencana exit strategy c. Advokasi untuk integrasi PPAM ke dalam proses Penilaian Kebutuhan Pasca Bencana (*Post Disaster Need Assessment*/PDNA) dan ke dalam penyusunan rencana pemulihan awal

2. Mencegah kekerasan seksual dan merespon kebutuhan penyintas		
a. Menentukan penanggung jawab untuk komponen kekerasan seksual - subklaster tingkat provinsi b. Menyosialisasikan pedoman pencegahan dan penanganan kekerasan seksual pada krisis kesehatan, termasuk pedoman penanganan klinis penyintas perkosaan c. Pelatihan penanganan klinis penyintas perkosaan	a. Subklaster kesehatan reproduksi berkoordinasi dengan subklaster pencegahan dan penanganan kekerasan berbasis gender dan perlindungan perempuan dan koordinator klaster kesehatan untuk menyampaikan kebutuhan dan rekomendasi terkait tindakan dalam mencegah kekerasan seksual b. Memastikan tersedianya pelayanan medis dan dukungan psikologis awal ada di organisasi/lembaga yang terlibat dalam respon bencana serta memastikan adanya mekanisme rujukan, perlindungan dan hukum yang terkoordinasi untuk penyintas c. Melibatkan perempuan di pengungsian dan lembaga/organisasi yang bergerak di bidang pemberdayaan perempuan dalam pencegahan dan penanganan kekerasan seksual d. Menginformasikan adanya pelayanan bagi penyintas perkosaan dengan nomor telepon yang bisa dihubungi 24 jam. Informasi dapat diberikan melalui media yang bermanfaat: poster, spanduk, dll e. Memastikan adanya petugas kompeten untuk penanganan kasus kekerasan seksual f. Memastikan dan berkoordinasi untuk penyediaan fasilitas pemenuhan kebutuhan seksual bagi pasangan suami istri yang sah, sesuai dengan budaya setempat atau kearifan lokal	a. Memperluas pelayanan multisektor selain pelayanan klinis: seperti pelayanan psikososial, dukungan sosial dan bantuan hukum untuk penyintas b. Mencegah dan menangani bentuk lain dari kekerasan berbasis gender c. Melakukan edukasi ke masyarakat tentang pencegahan dan penanganan kekerasan berbasis gender d. Melibatkan anak laki-laki dan laki-laki dalam pencegahan dan penanganan kekerasan berbasis gender

3. Mencegah penularan dan mengurangi kesakitan dan kematian akibat HIV dan IMS lainnya		
a. Menentukan penanggung jawab untuk komponen pencegahan IMS/ HIV - subklaster tingkat provinsi b. Menyusun pedoman pencegahan dan penanganan IMS/HIV pada krisis kesehatan c. Pelatihan terkait pencegahan dan pengobatan IMS dan HIV pada krisis kesehatan	a. Memastikan tersedianya transfusi darah yang aman b. Memfasilitasi dan menekankan penerapan kewaspadaan standar c. Memastikan ketersediaan kondom laki-laki dan perempuan bila memang sudah biasa dipakai d. Mendukung penyediaan antiretroviral (ARV) untuk melanjutkan pengobatan untuk orang yang terdaftar dalam program terapi antiretroviral (ART) sebelum krisis, termasuk wanita yang terdaftar program PPIA e. Menyediakan Profilaksis Pascapajanan (PPP) untuk penyintas kekerasan seksual bila sesuai f. Mendukung penyediaan profilaksis cotrimoxazole untuk infeksi oportunistik untuk pasien dengan HIV atau sudah terdiagnosis HIV g. Menjamin ketersediaan diagnosa dan terapi IMS dengan pendekatan sindrom di fasilitas kesehatan	Mengembalikan pelayanan komprehensif sesegera mungkin: a. Melaksanakan pencegahan dan penanganan IMS komprehensif termasuk melacak dan mengobati pasangan dan menjalankan sistem surveilans IMS b. Penyediaan layanan HIV komprehensif c. Menyediakan pelayanan, dukungan dan pengobatan bagi ODHIV d. Melakukan edukasi masyarakat tentang pencegahan dan pengobatan IMS/HIV

4. Mencegah meningkatnya kesakitan dan kematian maternal dan neonatal		
a. Menentukan penanggung jawab untuk komponen pencegahan IMS/ HIV - subklaster tingkat provinsi b. Menyusun dan sosialisasi pedoman kesehatan maternal dan neonatal pada krisis kesehatan c. Pelatihan terkait kesehatan maternal dan neonatal pada krisis kesehatan	a. Melakukan pemetaan fasilitas kesehatan: puskesmas, puskesmas PONED dan Rumah Sakit PONEK dan memastikan tersedianya pelayanan persalinan, pelayanan neonatal esensial dan pelayanan kegawatdaruratan maternal dan neonatal b. Membangun sistem rujukan 24 jam dalam sehari dan 7 hari dalam seminggu untuk memfasilitasi transportasi dan komunikasi dari masyarakat ke fasilitas kesehatan dan rumah sakit c. Memastikan tersedianya layanan penyelamatan nyawa untuk asuhan pascakeguguran di puskesmas dan rumah sakit d. Pendataan dan pemetaan ibu hamil, pascabersalin dan bayi baru lahir di tempat-tempat pengungsian e. Memastikan petugas dapat menjangkau ibu hamil dan ditempatkan di dalam satu tempat	Mengembalikan pelayanan komprehensif sesegera mungkin: a. Menyediakan pelayanan ANC, pertolongan persalinan dan PNC b. Memperluas pelayanan bayi baru lahir c. Melakukan pelatihan terkait kesehatan maternal dan neonatal: PONED, PONEK, perawatan neonatal d. Meningkatkan akses ke pelayanan kesehatan maternal dan neonatal dengan mengatasi masalah 3 terlambat: 1) Terlambat dalam membuat keputusan 2) Terlambat dalam menjangkau fasilitas kesehatan 3) Terlambat dalam mendapatkan penanganan

5. Mencegah kehamilan yang tidak direncanakan		
Melakukan kegiatan kesiapsiagaan a. Mengidentifikasi daerah rawan bencana berdasarkan Indeks Rawan Bencana Indonesia (IRBI) yang ditentukan oleh BNPB b. Memperkuat koordinasi di lingkungan internal dan external BKKBN c. Advokasi dan sosialisasi pentingnya pelayanan kontrasepsi d. Pelatihan dan orientasi pelayanan kontrasepsi pada krisis kesehatan bagi staff BKKBN di pusat dan di daerah dan bagi pemberi pelayanan kontrasepsi e. Penyusunan kebijakan f. Penyediaan logistik (alokon) dan penyediaan perlengkapan penunjang termasuk materi KIE dan panduan pelayanan.	Penyediaan pelayanan kontrasepsi sebagai bagian dari penerapan PPAM: a. Memastikan tersedianya alokon jangka pendek dan jangka panjang (reversible) yang diawali dengan: • Melakukan penilaian kebutuhan: keadaan kantor, gudang, alokon dan SDM • Melakukan pendataan kondisi kampung KB di wilayah yang terdampak bencana • Penyediaan alokon menggunakan stok yang ada (stok maksimal) atau melalui mekanisme permintaan darurat. b. Menyediakan pelayanan kontrasepsi c. Menyediakan materi komunikasi informasi dan edukasi (KIE) d. Memastikan masyarakat mengetahui tentang ketersediaan alokon untuk Pasangan Usia Subur (PUS) e. Memberikan promosi dan konseling kesehatan reproduksi, termasuk lokasi pelayanan kesehatan reproduksi	Secepatnya melakukan perencanaan pelayanan kontrasepsi komprehensif dan pelayanan kontrasepsi pada kondisi normal dan melakukan kegiatan keluarga berencana secara komprehensif a. Menyediakan pilihan metode kontrasepsi yang lebih luas termasuk metode jangka panjang (IUD) serta kontrasepsi mantap b. Melakukan pelatihan sesuai kebutuhan

6. Kesehatan reproduksi remaja dan pelibatan remaja		
a. Menentukan penanggung jawab untuk komponen kesehatan reproduksi remaja - subklaster tingkat provinsi d. Menyusun dan sosialisasi pedoman kesehatan reproduksi remaja pada krisis kesehatan e. Pelatihan terkait kesehatan reproduksi remaja pada krisis kesehatan	Mengidentifikasi forum remaja atau kelompok remaja atau posyandu remaja yang ada di komunitas. 1. Memastikan tersedianya PPAM remaja a. Penyediaan informasi dasar kesehatan reproduksi remaja, termasuk informasi tentang jadwal dan lokasi pelayanan kesehatan reproduksi remaja b. Mengintegrasikan komponen PPAM Kesehatan Reproduksi remaja ke dalam pelayanan kesehatan dasar yang ada 2. Pelibatan dan pemberdayaan remaja a. Mengidentifikasi forum remaja atau kelompok remaja atau posyandu remaja yang ada di komunitas atau membentuk forum remaja bila belum ada dan merekrut kader remaja b. Membentuk ruang ramah remaja di pengungsian yang difasilitasi oleh forum remaja atau kelompok remaja. c. Melibatkan remaja dalam pemberian informasi dasar kesehatan reproduksi remaja diantaranya melalui ruang ramah remaja di pengungsian. d. Melibatkan forum remaja dalam pendistribusian logistik e. Menyusun rencana kegiatan forum remaja dan jadwal kegiatan ruang ramah remaja	Menyediakan pelayanan kesehatan reproduksi remaja komprehensif yang: • mencakup semua komponen kesehatan reproduksi remaja • menggunakan pendekatan khusus agar sesuai kebutuhan khusus remaja dan ramah remaja.

7. Pelayanan minimum kesehatan balita		
a. Penetapan penanggung jawab komponen kesehatan balita dan timnya dalam tim klaster kesehatan (subklaster kesehatan reproduksi) b. Memastikan ketersediaan data sekunder kesehatan balita c. Peningkatan kapasitas pelayanan kesehatan balita dalam menghadapi risiko bencana d. Penyiapan logistik pelayanan kesehatan balita e. Sosialisasi kesiapsiagaan bencana kepada masyarakat	a. Penugasan penanggung jawab komponen kesehatan balita dan pelaksanaan koordinasi di bawah subklaster kesehatan reproduksi b. Mencegah meningkatnya kesakitan dan kematian balita melalui: • Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) • Imunisasi • Pemberian tablet zinc • Penanganan gizi • Kesehatan lingkungan c. Mencegah dan menangani kekerasan seksual d. Mencegah penularan HIV pada bayi dan balita e. Melaksanakan pelayanan kesehatan jiwa dan dukungan psikososial f. Memastikan ketersediaan logistik	a. Penilaian Status Kesehatan Balita b. Memastikan status kesehatan balita di wilayah bencana dalam keadaan baik c. Penilaian ketersediaan pelayanan kesehatan balita d. Penyiapan pelayanan balita oleh fasilitas pelayanan kesehatan setempat e. Pelayanan kesehatan esensial yaitu pelayanan pemantauan tumbuh kembang balita dengan menggunakan Buku KIA dan skrining tumbuh kembang f. Pendampingan pelayanan kesehatan

8. Pelayanan minimum kesehatan lanjut usia (PMKL)*		
a. Pembentukan tim PMKL. b. Sosialisasi dan advokasi NSPK kesiap-siagaan bencana 3 aspek PMKL c. Pelatihan PMKL d. Pendataan dan Perencanaan (kebutuhan logistik) e. Deteksi wilayah: Kerentanan Lansia, sumber daya f. Identifikasi SDM, m, LP/LS, OP, Akademisi, relawan Memastikan penyediaan layanan esensial multisektor (pemenuhan gizi, pendamping lansia/ caregiver, KIE dll)	a. Aktivasi pennggung jawab PMKL dan koordinasi antar subklaster lain b. Peta wilayah, identifikasi faskes dan lansia terdampak bencana c. Pencegahan kesakitan, disabilitas, kekerasan, dan kematian lansia, reunifikasi lansia d. Pemberian bantuan layanan jiwa, dukungan psikososial, spiritual e. Memastikan mekanisme rujukan, kebutuhan logistik dan pembiayaan f. Memantau perkembangan dan pelibatan generasi muda Memastikan penyediaan layanan esensial multisektor (pemenuhan gizi, penanganan kesling, toilet dan tenda yang ramah lansia, air, sanitasi, dll)	a. Survey ulang tingkat kerentanan b. Koordinasi antar subklaster lain dan lintas sektor berkelanjutan dalam rangka pemulihan c. Memastikan pelayanan kesehatan lansia tetap berkelanjutan d. Memastikan lansia mendapatkan layanan kesehatan jiwa dan rujukan e. Monitoring dan Evaluasi pelaksanaan PMKL, serta pencatatan dan pelaporan Memastikan penyediaan layanan esensial multisektor (pemulihan tempat tinggal, pemenuhan gizi pendamping lansia/ caregiver, keberlanjutan pencegahan HIV, dll)

9. Perencanaan kesehatan reproduksi komprehensif		
	Bekerja bersama klaster kesehatan dan mitra untuk menjalankan 6 blok bangunan sistem kesehatan: a. Pelayanan kesehatan b. Tenaga kesehatan c. Sistem informasi kesehatan d. Pelayanan kesehatan e. Tenaga kesehatan f. Sistem informasi kesehatan g. Komoditas kesehatan h. Tata kelola dan kepemimpinan	

Lampiran 4: Formulir pelaporan penilaian cepat kesehatan (RHA) kejadian krisis kesehatan dengan masukan dari subklaster kesehatan reproduksi

A. Nama Dinkes : .....

B. Jenis Bencana : .....

C. Waktu kejadian bencana : .....

Tanggal..... Bulan..... Tahun.....

D. Deskripsi bencana :

.....

E. Lokasi bencana :

Provinsi	Kabupaten/ kota	Kecamatan	Desa/Dusun	Jml penduduk terancam	Topografi

F. Jumlah korban

a. Korban meninggal

No	Nama	Jenis kelamin	Usia	Kewarganegaraan (NIK/No. Passport)	Alamat Korban	Tempat meninggal	Penyebab kematian

b. Korban hilang

No	Nama	Jenis kelamin	Usia	Kewarganegaraan (NIK/No. Passport)	Alamat korban	Lokasi hilang

c. Luka berat/rawat inap dan luka ringan/rawat jalan

No	Fasyankes dan Lokasi (kabupaten/ kota)	Rawat Inap			5 Kasus penyakit rawat inap terbanyak tiap fasyankes	Rawat Jalan			5 Kasus Penyakit rawat jalan terbanyak tiap fasyankes	Jumlah gangguan jiwa/ psikososial	
		L	P	Jml		L	P	Jml		Anak	Dewasa

d. Jenis penyakit yang berpotensi KLB adalah .....

e. Pengungsi dan penduduk rentan:

Kab/ kota	Kec dan dusun/ desa	Nama tpt pengungsian	Jml kasus gangguan jiwa/psikosial		Jumlah Pengungsi			
			Anak	Dewasa	L	P	Jml	KK

Jumlah penduduk rentan											
Bayi	Balita	Bumil	Buteki	Penyandang Disabilitas		Lansia		Lansia dengan ketergantungan		Anak sendirian (terpisah)	Perempuan kepala keluarga
				L	P	L	P	Sedang	Berat		

Catatan: yang dengan warna biru adalah data kesehatan reproduksi yang sudah ada di formulir RHA.

G. Fasilitas kesehatan yang rusak

Nama fasilitas kesehatan:

Nama Faskes (RS. puskesmas (rawat inap/non rawat inap/PONED/ PONEK), Pustu, Gudang Farmasi, Polindes, Dinkes, Rumah Dinas, dsb)	Kondisi			Fungsi Pelayanan	
	Rusak Berat	Rusak sedang	Rusak ringan	Masih berfungsi	Tidak berfungsi
a.					
b.					
c					
d.					

H. Fasilitas umum

1 Akses ke lokasi kejadian krisis :

- ☐ Mudah dijangkau, menggunakan .....
- ☐ Sukar, karena .....

2. Jalur komunikasi yang masih dapat digunakan: .....

3. Keadaan jaringan listrik:.....

- ☐ Baik
- ☐ Terputus
- ☐ Belum tersedia/belum ada

4. Air Bersih

- ☐ Cukup
- ☐ Tidak cukup

I. Kondisi sanitasi dan kesehatan lingkungan di lokasi penampungan pengungsi

No	Jenis fasilitas	Kondisi	
1	Jenis tempat penampungan	Bangunan permanen	Bangunan darurat
2	Kapasitas penampungan pengungsi	Memadai (min 3 m2/ orang)	Tidak memadai

J. Ketersediaan sumber daya

Dinas Kesehatan

a. Perbekalan Kesehatan:

(1) Obat dan Bahan Habis Pakai :

- ☐ Tidak cukup
- ☐ Cukup

(2) Alat Kesehatan :

- ☐ Tidak cukup
- ☐ Cukup

(3) Bahan Sanitasi

a. Kaporit :

- ☐ Tidak cukup
- ☐ Cukup

b. PAC :

- ☐ Cukup
- ☐ Tidak cukup

c. Aquatab:

- ☐ Cukup
- ☐ Tidak cukup

d. Kantong sampah:

- ☐ Tidak cukup
- ☐ Cukup

e. Repellent lalat:

- ☐ Tidak cukup
- ☐ Cukup

f. Hygiene kit :

- ☐ Tidak cukup
- ☐ Cukup

(4) Persalinan Kit:

- ☐ Tidak ada
- ☐ Ada

(5) SDM:

Jumlah:

- ☐ Tidak cukup
- ☐ Cukup

Kompetensi :

- ☐ Tidak memenuhi
- ☐ Memenuhi

SDM untuk pertolongan persalinan:

☐ Tidak ada

☐ Ada

SDM untuk penanganan kasus kegawatdaruratan kebidanan dan neonatal:

☐ Tidak ada

☐ Ada

b. Sarana Pendukung Pelayanan Kesehatan

(1) Transportasi operasional pelayanan kesehatan :

☐ Tidak cukup

☐ Cukup

Sistem rujukan dari tempat pelayanan kesehatan reproduksi di lokasi pengungsian ke:

Tempat rujukan	Transportasi yang digunakan	Kondisi jalan	Jarak tempuh	Waktu tempuh
a. Puskesmas mampu PONED				
b. RS Mampu PONEK				

Catatan: yang dengan warna biru adalah usulan untuk ditambahkan ke formular RHA

(2) Alat komunikasi :

☐ Tidak cukup

☐ Cukup

(3) Sarana listrik :

☐ Tidak berfungsi

☐ Berfungsi

Rumah Sakit / PKM

a. Perbekalan Kesehatan :

(1) Obat dan bahan habis pakai:

- ☐ Tidak cukup
- ☐ Cukup

(2 Alat kesehatan :

- ☐ Tidak cukup
- ☐ Cukup

(3) Bahan sanitasi

a. Kaporit :

- ☐ Tidak cukup
- ☐ Cukup

b. PAC

- ☐ Tidak cukup
- ☐ Cukup

c. Aquatab :

- ☐ Tidak cukup
- ☐ Cukup

d. Kantong sampah :

- ☐ Tidak cukup
- ☐ Cukup

e. ***Repellent* lalat :**

☐ Tidak cukup

☐ Cukup

(4) *Kit* Persalinan:

☐ Tidak ada

☐ Ada

(5) Perlengkapan dan obat-obatan penanganan kasus komplikasi maternal dan neonatal

☐ Tidak ada

☐ Ada

(6) Kontrasepsi darurat

☐ Tidak ada

☐ Ada

(7) Air :

☐ Tidak cukup

☐ Cukup

(8) Tempat tidur :

☐ Tidak cukup

☐ Cukup

c. Kebutuhan tenaga kesehatan

Tenaga Kesehatan	Jumlah	Keterangan (Cukup/tidak cukup)
1. Di Puskesmas		
a. Dokter umum		
b. Bidan		
c. Perawat		
d. Tim PONED		
e. Lainnya:		
2. Rumah Sakit		
a. Dr umum		
b. Dr SpOG		
c. SpA		
d. Sp anestesi		
e. Bidan		
f. Perawat		
g. Penata anestesi		
h. Tim PONEK		
i. Lainnya:		

Catatan: yang dengan warna biru adalah usulan untuk ditambahkan ke formular RHA

Kondisi tempat pengungsian

No	Jenis Fasilitas	Kondisi	
(1)	(2)	(3)	
1	Jenis tempat penampungan	• Bangunan permanen	• Bangunan darurat
2	Kapasitas penampungan pengungsi	• Memadai (min 3 m2/org)	• Tidak memadai
3	Kapasitas penyediaan air bersih	• Memadai (min 5L/org/hr pada hari pertama kejadian krisis dan 15L/org/hr pada hari berikutnya	• Tidak memadai
4	Sarana jamban darurat Keamanan toilet/jamban: - Terpisah laki-laki dan perempuan - Penerangan cukup - Bisa dikunci dari dalam - apakah ramah lansia dan kelompok rentan lainnya	• Memadai (min 40 org/1 jamban) • Memadai	• Tidak memadai • Tidak memadai
5	Tempat pembuangan sampah	• Memadai (min 3m2/60 org)	• Tidak memadai
6	Sarana sistem pembuangan air limbah (SPAL)	• Memadai (min 4m dr penampungan()	• Tidak memadai
7	Penerangan	• Memadai (min 60 lux))	• Tidak memadai

Catatan: yang dengan warna biru adalah usulan untuk ditambahkan ke formular RHA

d. Sarana Pendukung Pelayanan Kesehatan

(1) Transportasi operasional pelayanan kesehatan :

☐ Tidak cukup ☐ Cukup

(2) Alat komunikasi :

☐ Tidak cukup ☐ Cukup

(3) Sarana listrik untuk pelayanan kesehatan :

☐ Tidak cukup ☐ Cukup

K. UPAYA PENANGGULANGAN YANG TELAH DILAKUKAN

1. Upaya Subklaster Pelayanan Kesehatan

.....

2. Upaya Subklaster Pengendalian Penyakit, Penyehatan Lingkungan dan Air Bersih

.....

3. Upaya Subklaster Pelayanan Gizi

.....

4. Upaya Subklaster Pelayanan Kesehatan Jiwa

.....

5. Upaya Subklaster Kesehatan Reproduksi dan KIA

.....

6. Upaya Subklaster DVI

.....

7. Upaya Tim Logistik Kesehatan

.....

L. BANTUAN YANG DIPERLUKAN

1. .....
2. .....
3. dst.

M. REKOMENDASI

1. .....
2. .....
3. dst.

...../...../20.....

Yang melaporkan
Ketua Tim Kepala

_____

NIP.

Mengetahui,*
Dinas Kesehatan
Kabupaten/kota

_____

NIP.

Catatan: *Penandatanganan disesuaikan dengan alur penyampaian laporan
Form dapat dikembangkan sesuai kebutuhan

Lampiran 5: Daftar peralatan individu yang disarankan bagi anggota subklaster kesehatan reproduksi yang ditugaskan di tempat bencana

Peralatan emergency individual (disarankan, dengan merujuk pada ***emergency kit*** dari salah satu anggota RH sub kluster yang digunakan pada saat respon bencana pasca bencana di provinsi Sulawesi Tengah tahun 2018)*

a. Tenda individual dan terpal untuk alas

b. Kantung tidur (***sleeping bag***)

c. Kit P3K (*first aid kit*) dan obat-obat pribadi (bawa sendiri), kapur semut/serangga (bawa sendiri)

d. Obat perlindungan diri: krim tabir surya (***sunblock***), lotion anti nyamuk (***mosquito repellent***) (tidak disediakan)

e. Peralatan makan: piring, sendok, garpu, pisau berbahan stainless steel, pembuka botol/ kaleng.

f. Kain lap (kanebo) multifungsi 2 buah

g. Handuk yang bisa dikeringkan segera (microfiber)

h. Peralatan penyaring air sederhana (apakah dalam bentuk aquatab/atau alat penyaring air):

i. Botol air dan kantong penyimpan air (***water bladder***)

j. Senter

k. Lampu darurat (***emergency/kamping lamp***)

l. Baterai yang dapat diisi ulang

m. ***Solar power pad*** (lempeng tenaga surya), kecil dan portabel

n. Tas ransel besar untuk menyimpan semua peralatan

Lampiran 6: Formulir penilaian kondisi fasilitas kesehatan (Penilaian Kebutuhan PPAM)

Fasilitas Pelayanan Kesehatan Reproduksi di Wilayah Terdampak

Nama Fasyankes	Tipe Fasyankes	Pemerintah/ swasta	Tipe pelayanan PPAM Kesehatan Reproduksi (dicentang)						Keterangan
			persalinan normal	PONED	PONEK	CMR*	KB	IMS/ HIV	

Keterangan:

- Fasyankes: fasilitas pelayanan kesehatan
- CMR: Clinical Management of Rape/manajemen klinis korban perkosaan

Nama Fasyankes	Jumlah pemberi pelayanan kesehatan						Keterangan
	dr SpOG	dr SpA	dr Umum	Bidan	Perawat	Lain-lain	

Ketersediaan Fasilitas transfusi darah

Tipe pelayanan	Tersedia di tempat		Fasyankes terdekat yang memberikan pelayanan tsb		Keterangan
	Ya	Tidak	Nama Fasyankes	Jarak (km)	
Persalinan normal					
PONED					
PONEK					
Kontrasepsi/KB					
IMS/HIV					

Penanganan klinis kasus perkosaan					
Ketersediaan PPP					

Kegiatan	Keterangan
Apakah tersedia mekanisme koordinasi untuk penanganan kekerasan seksual	
Jumlah kasus kekerasan seksual yang dilaporkan pada layanan kesehatan	
Apakah ada informasi yang disebarluaskan ke masyarakat tentang perawatan pasca pemerkosaan dan akses terhadap layanan	

Lampiran 7: Tabel pendataan organisasi yang bergerak di bidang kesehatan reproduksi saat bencana

Nama organisasi	Program	Wilayah kerja	Nama dan Alamat yang Dapat Dihubungi		Keterangan
			Nama	email/telp	

Lampiran 8: Format wawancara ibu hamil dan pascabersalin

Didata oleh :
Lokasi :

a. Format wawancara ibu hamil

No	Deskripsi	Keterangan
1	Nama:	
2	Umur:	
3	Usia Kehamilan:	
4	Kehamilan anak ke berapa:	
5	Apakah pelayanan pemeriksaan kehamilan tersedia? Dimana/jarak ke tempat pelayanan? Oleh siapa?	
6	Rencana melahirkan (kemana dan ditolong oleh siapa?)	
7	Rencana KB pascasalin	

b. Format wawancara ibu pascabersalin

No	Deskripsi	Keterangan
1	Nama	
2	Umur	
3	Anak yang ke berapa?	
4	Usia bayi?	
5	Berat badan bayi lahir	

6	Proses kelahiran, normal atau caesar, siapa penolong persalinan, melahirkan dimana?	
7	Apakah tersedia pelayanan kesehatan untuk ibu pascabersalin? Dimana?	
8	Diberikan ASI atau tidak? Apakah ada kesulitan dalam pemberian ASI?	

Lakukan juga wawancara dengan kelompok rentan lainnya: disabilitas, ibu dari balita, lansia untuk mengetahui kebutuhan khusus mereka.

Lampiran 9: Penilaian Risiko Kekerasan Berbasis Gender (KBG) di Lokasi Pengungsian*

DILAKUKAN PADA SITUASI TANGGAP DARURAT
KAJIAN CEPAT RISIKO SGBV DI TEMPAT PENGUNGSIAN AWAL

Di data oleh :
Lokasi : (Desa/Kec/Kab/Posko) _____
Total Pengungsi :

	0 – 5	6 – 18	19 - 24	25 – 49	50 - 60	➢ 60
Perempuan						
Laki-laki						

Jumlah KK :
Jumlah Perempuan kepala keluarga:
Jumlah Perempuan hamil :
Jumlah disabilitas : ___ disabilitas rungu, ___disabilitas netra, ___ disabilitas wicara, ___disabilitas fisik, ___ disabilitas mental, ___disabilitas ntelektual

SITUASI/KONDISI PENGUNGSIAN

	Indikator	Ya	Tidak	Keterangan
	Pertanyaan Seputar Tempat Pengungsian			
1.	Apakah ada pengurus/pengelola tempat pengungsian di sini? Jika ya, berapa banyak.			
2.	Apakah ada perempuan yang menjadi pengurus/pengelola?			
3.	Apakah distribusi bantuan melibatkan perempuan?			
4.	Apakah ada ruang pertemuan yang dapat digunakan oleh kelompok perempuan?			
5.	Apakah pengungsi tinggal bersama orang-orang yang bukan anggota keluarga (per tenda)? Berapa jumlah orang per tenda?			
6.	Apakah tempat pengungsian memiliki petugas/sistem keamanan (misal: ronda atau petugas keamanan keliling)			
	Pertanyaan seputar Fasilitas Pengungsian			
7.	Apakah lokasi air bersih aman dan mudah di akses remaja perempuan dan perempuan dewasa?			
8.	Apakah ada kamar mandi/toilet yang aman? (terkunci/penerangan cukup)			

	Indikator	Ya	Tidak	Keterangan
9.	Apakah kamar mandi/toilet memenuhi kebutuhan pengungsi (berikan tambahan keterangan terkait akses dan fasilitas untuk ibu hamil, lansia, dan disabilitas):			
	a. Jumlah toilet perempuan lebih banyak dari pada toilet laki-laki			
	b. Toilet perempuan dan laki-laki terpisah dan memiliki tanda yang jelas			
	c. Apakah kamar mandi/toilet mudah diakses (jarak < 200m) oleh perempuan			
10.	Penerangan mencukupi (di tempat pengungsian, perjalanan menuju ke toilet dan jalan)			
	Pertanyaan Seputar Layanan KBG			
11.	Apakah ada tempat yang bisa didatangi remaja perempuan dan perempuan dewasa di dekat tempat pengungsian, apabila merasa tidak aman?			
12.	Apakah layanan di bawah ini **ada di sekitar/dekat dengan lokasi pengungsian dan mudah diakses oleh remaja perempuan dan perempuan dewasa** di lokasi pengungsian?			Nama pemberi layanan (jika ada)
	a. Layanan pengaduan kekerasan/KBG (termasuk *hotline*)			
	b. Layanan pendampingan dan dukungan psikososial			
	c. Layanan kesehatan (puskesmas/pos kesehatan/pos kespro)			
	d. Layanan rumah aman			
	e. Layanan bantuan hukum			
13.	Apakah layanan di bawah ini **masih berjalna/berfungsi memberikan layanan pada remaja perempuan dan perempuan dewasa** di Lokasi pengungsian pasca bencana?			Nama lembaga/ nomor kontak/ hotline (jika ada)
	a. Layanan pengaduan kekerasan/KBG (termasuk *hotline*)			
	b. Layanan pendampingan dan dukungan psikososial			
	c. Layanan kesehatan (puskesmas/pos kesehatan/pos kespro)			
	d. Layanan rumah aman			
	e. Layanan bantuan hukum			

**Merujuk dari buku Pedoman Perlindungan Hak Perempuan dan Anak dari Kekerasan Berbasis Gender dalam Bencana, KPPPA, 2020 dan pelaksanaan/pembelajaran pada penanganan kebencanaan di Sulawesi Barat 2021.*

Lampiran 10: Format dan isi laporan penilaian untuk koordinator kesehatan reproduksi di tingkat pusat/ provinsi/kabupaten

Format dan isi laporan penilaian

1. Judul
2. Latar Belakang
   - Gambaran singkat tentang bencana; tipe bencana, besaran, lokasi.
   - Tujuan dari penilaian
3. Metodologi

   Secara ringkas mengetengahkan metodologi yang digunakan
4. Temuan: analisis pada hal berikut ini:
   a. Masyarakat terdampak: data terpilah (umur, jenis kelamin, lokasi geografis, pengungsian
   b. Kondisi pengungsian (kamp)
   c. Pelayanan kesehatan reproduksi yang tersedia: perlengkapan dan staf
   d. Penilaian Risiko Kekerasan Berbasis Gender (GBV) di Lokasi Pengungsian
   e. Kebutuhan khusus masyarakat terdampak
   f. Koordinasi
   g. Rekomendasi

Laporan penilaian sebaiknya ringkas dan menampilkan temuan-temuan penting saja.

Lampiran 11: Pelayanan Krisis Korban Perkosaan

Algoritma Tata Laksana Klinis Kekerasan Seksual pada Situasi Krisis Kesehatan:

Penyintas datang sendiri atau
diantar keluarga, pendamping, atau dengan tenaga kesehatan.

1. Persiapkan penyintas untuk pemeriksaan (ruang aman dan privat, *informed consent*).
2. Tangani kegawatan yang mengancam nyawa terlebih dahulu.
3. Pastikan keamanan penyintas, baik secara fisik dan psikis.
4. Periksa penyintas, catat kejadian, dan riwayat kesehatan.
5. Kumpulkan bukti forensik.
6. Periksa fisik dan kelamin.
7. Tangani luka sesuai prosedur.
8. Lakukan pengobatan dan perawatan awal. Bedakan penanganan penyintas yang datang **SEBELUM 72 JAM** dan **SESUDAH 72 JAM**.

PERAWATAN AWAL

Penyintas Datang Sebelum 72 jam			Penyintas Datang Sesudah 72 jam		
* Pencegahan Kehamilan	Ya	Kontrasepsi Darurat (Pil KB, AKDR-Cu), anamnesa 6 pertanyaan	* Deteksi Kehamilan	Ya	Anamnesa 6 pertanyaan, Bila YA = ANC atau ToP < 6 minggu, konseling
Pencegahan IMS	Ya	PPP (Azitromisin,Cefixime)	Deteksi IMS	Ya	Obati sesuai penyebab, PPP (Azitromisin,Cefixime)
Pencegahan HIV	Ya	PPP (TDF/3TC/EFV atau TDF/FTC+EFV)	Deteksi HIV	Ya	PPP (TDF/3TC/EFV atau TDF/FTC+EFV)

** Untuk perempuan usia produktif*

Terapi profilaksis dan pencegahan kehamilan harus diberikan dokter
atau adanya delegasi dari dokter ke bidan/perawat

Berikan Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial

1. Melakukan *Psychological First Aid*, psikoedukasi, konseling dan rujukan pada layanan kesehatan jiwa dan psikososial lainnya sesuai kebutuhan penyintas.
2. Mengidentifikasi faktor pelindung/penguat dan faktor risiko, serta *coping mechanism*/pendekatan penyelesaian masalah yang dimiliki penyintas.
3. Memperhatikan tanda-tanda stres, mendengarkan secara aktif dan empati, menghubungkan pada layanan lainnya yang dibutuhkan penyintas.
4. Melakukan konseling untuk masalah terkait kehamilan (baik aborsi aman/*termination of pregnancy (ToP)* atau *antenatal care ANC)*, IMS, dan HIV.
5. Memberikan penjelasan yang sederhana dan mudah dimengerti terkait pengobatan, perawatan luka, dan perawatan lanjutan.

PERAWATAN LANJUTAN

Perawatan Lanjutan Penyintas Datang Sebelum 72 jam			Perawatan Lanjutan Penyintas Datang Sesudah 72 jam		
* Deteksi Kehamilan	Ya	Test kehamilan H+7, ANC atau ToP < 6 minggu, konseling, perawatan pasca ToP	* Deteksi Kehamilan	Ya	ANC atau ToP< 6 minggu, konseling, perawatan pasca ToP
Deteksi IMS	Ya	Test, obati sesuai penyebab	Deteksi IMS	Ya	Obati sesuai penyebab
Deteksi HIV	Ya	Test sukarela (1 minggu, 6 minggu, 3 bulan), ARV	Deteksi HIV	Ya	Test sukarela (2 minggu, 3 bulan), ARV

DOKUMENTASI

- ✓ Gunakan Formulir 1 untuk *Informed Consent*; Formulir 2 untuk Rekam Medis Kekerasan Seksual; dan Formulir 3 untuk Surat Rujukan.
- ✓ Catat semua hasil pemeriksaan dan bukti forensik dengan jelas dan detail.
- ✓ Simpan semua dokumen dan barang bukti dalam tempat yang aman dan rahasia.
- ✓ Catat dan simpan data kasus dengan sistem yang *non identifying* (tidak mengungkap identitas penyintas).
- ✓ Minta persetujuan penyintas terlebih dahulu ketika perlu membagikan informasi mengenai data kasus yang relevan untuk rujukan.
- ✓ Memberikan kepada penyintas resume hasil pemeriksaan untuk penanganan lebih lanjut, seperti ke ranah hukum dan perlindungan.
- ✓ Membuat rujukan untuk pemenuhan layanan lain yang dibutuhkan penyintas, seperti kesehatan mental dan psikososial lebih lanjut.

Catatan:
Terapi profilaksis dan pencegahan kehamilan harus diberikan dokter atau delegasi dari dokter ke perawat/bidan

PENGOBATAN UNTUK KEKERASAN SEKSUAL

	SEBELUM 72 JAM			SESUDAH 72 JAM		
		DOSIS			DOSIS	
	PILIHAN OBAT*	DEWASA	ANAK**	PILIHAN OBAT	DEWASA	ANAK**
Kontrasepsi Darurat *(untuk penyintas perempuan usia subur/sudah pubertas)*	**Pil Levonorgestrel** 0,75 mg paket berisi 2 tablet	2 pil dosis tunggal	2 pil dosis tunggal	**Pil Levonorgestrel** 0,75 mg paket berisi 2 tablet	Tidak efektif (bila lebih dari 5 hari setelah kejadian)	Tidak efektif (bila lebih dari 5 hari setelah kejadian)
	Pil kombinasi Etinil Estradiol 0,03 mg **+ levonorgestrel** 0,15 mg	4 pil saat datang, dilanjutkan 4 pil 12 jam kemudian	2 pil dosis tunggal	**Pil kombinasi Etinil Estradiol** 0,03 mg **+ levonorgestrel** 0,15 mg	Tidak efektif (bila lebih dari 5 hari setelah kejadian)	Tidak efektif (bila lebih dari 5 hari setelah kejadian)
	AKDR-Cu	1 kali	1 kali	**AKDR-Cu**	1 kali (digunakan sebelum 5 hari setelah kejadian)	1 kali (digunakan sebelum 5 hari setelah kejadian)
	Azitromisin, tab salut selaput 500 mg	1 x 500 mg dosis tunggal, selama 3-4 hari	10 mg per kg BB per hari selama 3-4 hari BB = berat badan	**Azitromisin,** tab salut selaput 500 mg	1 x 500 mg dosis tunggal, selama 3-4 hari	10 mg per kg BB per hari selama 3-4 hari
Profilaksis IMS	**Azitromisin** sirup kering 200 mg/5 ml botol 15 ml		Berat 15-25 kg: 1 x 200 mg/5 ml selama 3 hari	**Azitromisin** sirup kering 200 mg/5 ml botol 15 ml		Berat 15-25 kg : 1 x 200 mg/5 ml selama 3 hari
	Cefixime tab salut selaput 200 mg	2 tablet x 200 mg dosis tunggal	8 mg per kg BB, dosis tunggal setiap 12 jam	**Cefixime** tab salut selaput 200 mg	2 tablet x 200 mg dosis tunggal	8 mg per kg BB, dosis tunggal setiap 12 jam
	Cefixime sirup kering 100 mg/5 ml botol 30 ml	1 kali per hari 200 mg-400 mg diminum sampai habis	8 mg per kg BB, dosis tunggal (mis. BB 30 kg, dosis: 30 kg x 8 = 240 mg ≈ 2,5 sendok takar – diminum sampai habis	**Cefixime** sirup kering 100 mg/5 ml botol 30 ml	1 kali per hari 200 mg-400 mg diminum sampai habis	8 mg per kg BB, dosis tunggal (mis. BB 30 kg, dosis: 30 kg x 8 = 240 mg ≈ 2,5s endok takar diminum sampai habis
Profilaksis HIV* **	**Tenofovir (TDF)** tablet salut selaput 300 mg	1 x 300 mg, selama 28-30 hari		**Tenofovir (TDF)** tablet salut selaput 300 mg	1 x 300 mg, selama 28-30 hari	
	Lamivudine (3TC) tablet 150 mg	1 x 2 tablet, selama 28-30 hari		**Lamivudine (3TC)** tablet 150 mg	1 x 2 tablet, selama 28-30 hari	
	Efavirenz (EFV) tablet 600 mg	1 x 600 mg selama 28-30 hari		**Efavirenz (EFV)** tablet 600 mg	1 x 600 mg selama 28-30 hari	
	Tenofovir (TDF) / Emtricitabine (FTC) + Efavirenz (EFV)	1 x 300 mg (TDF)/ 200 mg (FTC) + 600 mg (EFV) selama 28-30 hari		**Tenofovir (TDF) / Emtricitabine (FTC) + Efavirenz (EFV)**	1 x 300 mg (TDF) / 200 mg (FTC) + 600 mg (EFV) selama 28-30 hari	
	Zidovudine (AZT) + Lamivudin (3TC)		Anak usia < 10 tahun 1-2 x 60mg (AZT) +30mg (3TC) selama 28-30 hari	**Zidovudine (AZT) + Lamivudin (3TC)**		Usia < 10 tahun 1-2 x 60 mg (AZT) + 30mg (3TC) selama 28-30 hari

*Gunakan obat-obatan yang tersedia dalam paket logistik PPAM untuk kekerasan seksual atau persediaan logistik lainnya dengan regimen obat yang sama selama krisis kesehatan.
**Remaja menggunakan regimen dan dosis obat yang sama dengan dewasa.
*** Sumber *dari Clinical Guidelines Across the Continuum of Care: HIV Diagnosis and ARV drugs for HIV Prevention (Post-Exposure Prophylaxis for HIV), WHO,* 2013 *dan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. HK.01.07/MENKES/90/2019.*

Dewasa:
Paduan Pilihan : TDF + 3TC/FTC + LPV/r
Paduan Alternatif : TDF + 3TC/FTC + EFV
AZT + 3TC + LPV/r
AZT + 3TC + EFV

Anak<10tahun
Paduan Pilihan : AZT + 3TC + LPV/r
Paduan Alternatif : AZT + 3TC + EFV
ABC+ 3TC + LPV/r
ABC + 3TC + EFV
TDF + 3TC/FTC + LPV/r
TDF + 3TC/FTC + EFV

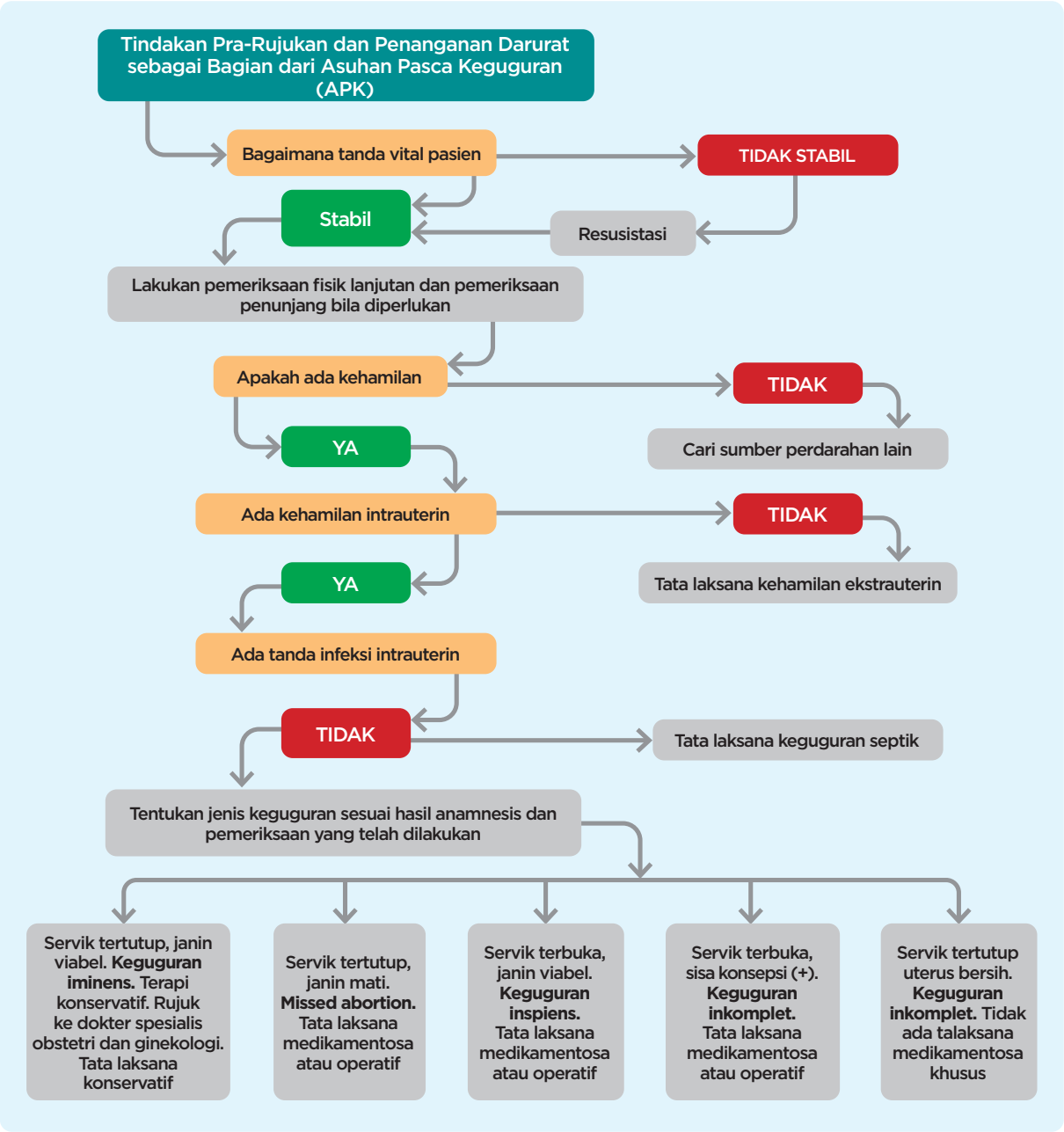
Lampiran 12: Tindakan prarujukan dan penanganan darurat sebagai bagian dari Asuhan Pascakeguguran (APK)

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

1. Mengidentifikasi masalah kegawatdaruratan, misalnya:
   - Perdarahan
   - Syok
   - Penurunan kesadaran
   - Nyeri perut berat atau tampak sakit berat
   - Kesulitan bernafas
   - Demam tinggi
2. Melakukan tata laksana awal kegawatdaruratan, misalnya:
   - Menjamin kelancaran jalan nafas, pemulihan sistem respirasi dan sirkulasi
   - Mengganti cairan tubuh yang hilang dengan pemberian cairan intravena
   - Menghentikan sumber perdarahan atau infeksi (dengan antibiotika)
   - Mempertahankan suhu tubuh
   - Mengatasi rasa nyeri atau gelisah
3. Melakukan rujukan apabila diperlukan
   - Rujukan pada kasus keguguran diperlukan bila suatu fasilitas kesehatan tidak memiliki kapasitas untuk memberikan layanan yang dibutuhkan oleh pasien, baik itu layanan medis maupun non-medis.

- Tenaga kesehatan harus mampu mengenali kondisi pasien yang membutuhkan rujukan segera serta melakukan berbagai prosedur dan tata laksana yang diperlukan sebelum merujuk.
- Pasien yang akan dirujuk harus sudah diperiksa, dan dilakukan upaya stabilisasi seoptimal mungkin, kemudian didampingi oleh tenaga kesehatan menuju fasilitas kesehatan yang lebih tinggi.

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


Tindakan Pra-Rujukan dan Penanganan Darurat sebagai Bagian dari Asuhan Pasca Keguguran (APK)
Bagaimana tanda vital pasien
TIDAK STABIL
Stabil
Resusistasi
Lakukan pemeriksaan fisik lanjutan dan pemeriksaan penunjang bila diperlukan
Apakah ada kehamilan
TIDAK
Cari sumber perdarahan lain
YA
Ada kehamilan intrauterin
TIDAK
Tata laksana kehamilan ekstrauterin
YA
Ada tanda infeksi intrauterin
TIDAK
Tata laksana keguguran septik
Tentukan jenis keguguran sesuai hasil anamnesis dan pemeriksaan yang telah dilakukan
Servik tertutup, janin viabel. Keguguran iminens. Terapi konservatif. Rujuk ke dokter spesialis obstetri dan ginekologi. Tata laksana konservatif
Servik tertutup, janin mati. Missed abortion. Tata laksana medikamentosa atau operatif
Servik terbuka, janin viabel. Keguguran inspiens. Tata laksana medikamentosa atau operatif
Servik terbuka, sisa konsepsi (+). Keguguran inkomplet. Tata laksana medikamentosa atau operatif
Servik tertutup uterus bersih. Keguguran inkomplet. Tidak ada talaksana medikamentosa khusus

Lampiran 13: Contoh daftar peralatan, obat dan bahan habis pakai untuk tenda kesehatan reproduksi (Berdasarkan pengalaman tenda kesehatan reproduksi Sulawesi Tengah, 2018)

No	Deskripsi	Jumlah	Keterangan
	Peralatan		
1	Tempat tidur ginekologis	2	
2	Undakan tempat tidur (***footstep***)	1	
3	Refrigerator dengan termometer	1	
4	*Autoclave*	1	
5	Lampu periksa halogen	2	
6	Lampu emergency (***rechargeable***)	1	
7	*Pocket fetal doppler*	1	
8	Tabung oksigen portable dengan trolly	1	untuk kasus darurat dan komplikasi
9	ambubag dewasa	1	
10	ambubag bayi	1	
11	Pispot untuk ibu melahirkan	1	
12	Bidan kit	1	
13	Timbangan dewasa	1	
14	Timbangan bayi	1	
15	Sarung tangan panjang steril	2	
16	Sarung tangan steril	20	
17	Sarung tangan non steril	2	kotak, 1 kotak @100 buah
18	Kacamata (goggles)	1	
19	Sepatu boot	1	
20	Celemek plastik	10	

No	Deskripsi	Jumlah	Keterangan
	Bahan habis pakai		
21	Transfusion set no 18		Untuk menyiapkan kateter balon untuk penanganan postpartum bleeding
22	Tes kehamilan	50	
23	Tes urin (PH, glukosa dan protein)	50	
24	POCT (Point of Care Testing)	2	
25	Test HB strip (1 pak: 50 buah)	15	
26	Underpad	25	
	Perabot (*Furniture*)		
27	Kursi tunggu metal (4 kursi)	1	
28	Kursi lipat metal	5	
29	Kipas angin berdiri (*standing*)	2	
30	Tempat tidur lipat untuk bidan	1	
31	Lemari obat	1	
32	Lemari dokumen (*filing cabinet*)	1	
33	Meja pendaftaran	2	
34	Tempat sampah (kecil)	1	
35	Tempat sampah medis (besar)	1	
36	Tempat sampah nonmedis (besar)	1	
37	Palet kayu ukuran 1 x 1,2 m	50	
38	Plywood standard	25	
	ATK		
37	Ordner (*file folder*)	10	

Lampiran 14: Formulir monitoring PPAM

Komponen 1: *Klaster kesehatan menunjuk organisasi/koordinator kesehatan reproduksi untuk mengoordinasikan pelaksanaan PPAM*

No	Indikator Kualitatif	Ya	Tidak
1	Koordinator subklaster kesehatan reproduksi telah ditunjuk atau ditentukan dan aktivasi subklaster kesehatan reproduksi untuk mengoordinasikan lintas program/lintas sektor, lembaga lokal dan internasional dalam pelaksanaan PPAM Kesehatan Reproduksi		
2	Pertemuan rutin subklaster kesehatan reproduksi dilakukan untuk memfasilitasi intervensi PPAM Kesehatan Reproduksi yang terkoordinasi		
3	Melapor ke klaster kesehatan dan memberikan informasi ke subklaster pencegahan dan penanganan kekerasan berbasis gender dan perlindungan perempuan		
4	Pelayanan kesehatan reproduksi di tempat pengungsian tersedia.		
5	Memberi informasi tentang kesediaan tenaga, pelayanan dan komoditas kesehatan reproduksi dan melaporkan permasalahan yang ditemukan di lapangan		
6	Memastikan masyarakat mengetahui tentang ketersedian dan lokasi pelayanan kesehatan reproduksi.		

No	Indikator Kuantitatif	Capaian
1	Jumlah pertemuan koordinasi kesehatan reproduksi yang dilakukan selama 3 bulan pertama	
2	Jumlah pertemuan koordinasi kesehatan yang dihadiri oleh tim kesehatan reproduksi yang melaporkan perkembangan pelaksanaan PPAM dll	

Komponen 2: *Mencegah kekerasan seksual dan merespon kebutuhan penyintas*

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

No	Indikator kuantitatif	Capaian
1	Jumlah kasus kekerasan seksual yang dilaporkan	
2	Jumlah kasus kekerasan seksual yang mendapat layanan medis dalam waktu 72 jam a. Kontrasepsi darurat: b. Antibiotik pencegahan IMS: c. Pencegahan pascapajanan (PPP):	
3	Jumlah kasus kekerasan yang dirujuk ke fasilitas lain: a. RS b. LSM untuk bantuan hukum c. Mendapat dukungan psikososial	
4	Jumlah fasilitas yang dapat memberikan pelayanan untuk penyintas perkosaan selama 24 jam/7 hari	
5	Jumlah pelayanan penyintas kekerasan berbasis gender yang tersedia	

Komponen 3: *Mencegah penularan dan mengurangi kesakitan dan kematian akibat HIV dan IMS lainnya*

No	Indikator	Ya	Tidak
1	Transfusi darah aman dan rasional dilakukan oleh lembaga/organisasi yang bergerak di bidangnya, misalnya Palang Merah Indonesia		
2	Fasilitas, perlengkapan dan petugas terlatih tersediauntuk melakukan transfusi darah yang aman dan rasional		
3	Pentingnya kewaspadaan standar sejak awal dimulainya koordinasi ditekankan dan dipastikan penerapannya		
4	Kondom secara gratis tersedia dengan berkoordinasi dengan lembaga yang bekerja di bidang keluarga berencana, Kementerian Kesehatan, BKKBN, LSM		
5	Kelanjutan pengobatan bagi orang yang telah masuk program ARV, termasuk perempuan yang terdaftar dalam program Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA) dipastikan tersedia.		

No	Indikator	Ya	Tidak
6	Informasi nomor telepon 24 jam yang bisa dihubungi untuk kelanjutan pengobatan ARV dipasang		
7	Mendukung penyediaan profilaksis cotrimoxazole untuk infeksi oportunistik untuk pasien dengan HIV atau sudah terdiagnosis HIV		
8	Pelayanan dan tata laksana IMS dengan pendekatan sindrom tersedia di fasilitas kesehatan		

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

Komponen 4: *Mencegah meningkatnya kesakitan dan kematian maternal and neonatal*

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

No	Indikator kuantitatif	Capaian
1	Jumlah ibu hamil di pengungsian	
2	Jumlah ibu hamil yang melakukan ANC	
3	Jumlah ibu hamil yang melahirkan	
4	Jumlah ibu hamil yang melahirkan di fasilitas kesehatan	
5	Jumlah ibu hamil yang mengalami komplikasi	

6	Jumlah ibu yang menerima Asuhan Pascakeguguran (APK)	
7	Jumlah ibu hamil yang mengalami komplikasi yang ditangani di Puskesmas PONED atau RS PONEK	
8	Jumlah kasus kematian ibu dan bayi baru lahir	
9	Jumlah fasilitas pelayanan kesehatan yang bisa memberi pelayanan PONED dan PONEK di lokasi pengungsian	

Komponen 5: *Mencegah kehamilan yang tidak direncanakan*

No	Indikator	Ya	Tidak
1	Apakah pelayanan kontrasepsi tersedia di lokasi pelayanan ini?		
2	Apakah tersedia pelayanan kontrasepsi terpadu dengan pelayanan kesehatan reproduksi lainnya: a. KB pascasalin b. KB pascakeguguran c. Kontrasepsi darurat bagi penyintas perkosaan d. Pelayanan kontrasepsi dengan penyuluhan kesehatan reproduksi e. Pelayanan lainnya		
3	Jenis alat dan kontrasepsi yang diberikan a. Kondom e. Implan b. Pil f. Pil kontrasepsi darurat untuk penyintas perkosaan c. Suntik g. Vasektomi d. IUD		
4	Tenaga yang memberikan pelayanan: a. Dokter b. Bidan c. Perawat d. PKB/PLKB		

No	Indikator	Ya	Tidak
5	Apakah Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) tersedia? a. BMHP untuk implant b. BMHP lainnya: Alcohol swab dl		
6	Apakah alat dan bahan untuk penerapan kewaspadaan standar tersedia? a. Alat Perlindungan Diri (APD) b. Safety box untuk pembuangan benda tajam c. Fasilitas pembuangan limbah medis dan nonmedis		
7	Apakah materi KIE tersedia?		
8	Apakah dokumen pencatatan tersedia dan pelaporan dilakukan sesuai jadwal yang ditentukan?		
9	Apakah ada ***stock out*** alokon?		

No	Indikator kuantitatif	Capaian
1	Jumlah Pasangan Usia Subur (PUS)	
2	Jumlah yang mendapat pelayanan kontrasepsi a. Baru • Kondom • Implan • Pil • Vasektomi • Suntik • Tubektomi • IUD b. Lama • Kondom • Pil • Suntik • IUD	

No	Indikator kuantitatif	Capaian
3	Pelayanan kontrasepsi terpadu dengan pelayanan kesehatan reproduksi: • Jumlah akseptor KB yang mendapat penyuluhan tentang IMS/HIV, kekerasan seksual • Pelayanan kontrasepsi pasca-salin • Pelayanan kontrasepsi pascakeguguran • Jumlah penyintas kekerasan seksual	
4	Jumlah kasus kegagalan dalam ber KB	
5	Jumlah akseptor yang mengalami efek samping	

Komponen 6: *Kesehatan reproduksi remaja dan pelibatan remaja*

No	Indikator	Ya	Tidak
	Penyediaan informasi kesehatan reproduksi remaja		
1	Koordinasi dengan koordinator subklaster kesehatan reproduksi/dinas kesehatan/puskesmas dilakukan		
2	Jadwal pemberian informasi kesehatan reproduksi remaja disusun dan tersedia		
3	Materi KIE kesehatan reproduksi remaja tersedia		
4	Informasi kesehatan reproduksi remaja diberikan di tempat pengungsian		

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

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

Komponen 7: *Pelayanan Minimum Kesehatan balita*

No	Indikator	Ya	Tidak	Jumlah
	Pelayanan kesehatan bayi dan balita			
1	Apakah tersedia pojok oralit?			
2	Pelayanan MTBS untuk Bayi/Balita sakit			
3	Pemantauan tumbuh kembang			
4	Kunjungan nifas/neonatus			
5	Pelayanan imunisasi			
6	Dukungan psikososial anak			
7	Fasilitas transportasi rujukan			

No	Indikator	Ya	Tidak	Jumlah
8	Sarana sanitasi • Jamban • Instalasi pengolahan air limbah • Saluran pembuangan limbah cair rumah tangga • Tempat pembuangan sampah			
	Layanan Lainnya untuk Balita			
1	Tersedia ruang ramah anak di kamp pengungsi?			
2	Terselenggara PAUD di kamp pengungsi?			
3	Ada sekolah darurat untuk anak			

Komponen 8: *Pelayanan Minimum Kesehatan Lanjut usia (PMKL)*

1. Tersedianya kesehatan umum dan kesehatan reproduksi

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

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

2. Perlindungan Sosial

No	Indikator kualitatif	Ya	Tidak
1	Koordinasi dengan BNPB/BPBD dan dinas sosial dilakukan untuk menempatkan lansia di pengungsian dan memastikan satu keluarga berada dalam tenda yang sama. Lansia perempuan yang menjadi kepala keluarga dan anak yang terpisah dari keluarga dikumpulkan di dalam satu tenda		
2	Pelayanan kesehatan reproduksi pada tenda pengungsian dipastikan tersedia.		
3	Toilet laki-laki dan perempuan tersedia secara terpisah di tempat yang aman dengan penerangan yang cukup dan dipastikan pintu toilet dapat di kunci dari dalam.		
4	Koordinasi dengan penanggung jawab keamanan untuk mencegah terjadinya kekerasan seksual dilakukan		
5	Lembaga-lembaga/organisasi yang bergerak di bidang pemberdayaan perempuan dan lansia perempuan di pengungsian dalam perencanaan dan pelaksanaan program kegiatan di pengungsian dilibatkan		
6	Informasi tentang pelayanan bagi penyintas perkosaan dan HIV-AIDS diberikan dengan informasi telepon yang bisa dihubungi 24 jam. Informasi dapat diberikan melalui leaflet, selebaran, radio, dll.		
7	Petugas yang bertanggung jawab terhadap penanganan kasus kekerasan (seksual, fisik, mental, sosial dan ekonomi) bagi lansia dipastikan ada		

No	Indikator kualitatif	Ya	Tidak
8	Layanan medis dan psikososial di organisasi/lembaga yang berperan serta mekanisme rujukan perlindungan dan hukum terkoordinasi untuk penyintas dipastikan tersedia.		
9	Fasilitas ibadah yang sesuai dengan budaya setempat atau kearifan lokal disediakan.		

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

3. Pemenuhan kebutuhan esensial multisektor

No	Indikator kualitatif	Ya	Tidak
1	Pentingnya kewaspadaan standar sejak awal dimulainya koordinasi ditekankan dan dipastikan penerapannya.		
2	Kelanjutan pengobatan bagi lansia yang telah masuk program ARV, termasuk perempuan yang terdaftar dalam program PPIA (Pencegahan Penularan HIV dari Lansia laki-laki ke istri dan perempuan lainnya) dipastikan tersedia		

No	Indikator kualitatif	Ya	Tidak
3	Kondom secara gratis tersedia dengan berkoordinasi dengan lembaga yang bekerja di bidang keluarga berencana, Kementerian Kesehatan, BKKBN, LSM lainnya.		
4	Kit lansia untuk laki-laki dan perempuan tersedia.		
5	Informasi nomor telepon 24 jam yang bisa dihubungi untuk kelanjutan pengobatan ARV dipasang		

No	Indikator kuantitatif	Jumlah
1	Jumlah Kit untuk Lansia laki-laki	
2	Jumlah Kit untuk Lansia perempuan	
3	Jumlah ODHIV yang melanjutkan pengobatan dengan ARV	
4	Jumlah laki-laki lansia seksual aktif	
5	Jumlah fasilitas pelayanan kesehatan yang memiliki alat dan bahan untuk penerapan kewaspadaan standar	

Komponen 9: *Merencanakan pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif yang terintegrasi ke pelayanan kesehatan dasar*

No	Indikator	Ya	Tidak
a	**Pelayanan kesehatan**		
	Kebutuhan kesehatan reproduksi di masyarakat terpenuhi		
	Identifikasi lokasi yang tepat untuk pelayanan kesehatan reproduksi dilakukan		
b	**Tenaga kesehatan**	**Ya**	**Tidak**
	Penilaian kapasitas staff dilakukan		
	Identifikasi kebutuhan staf dan tingkatannya		
	Merencanakan dan merancang pelatihan untuk staff		
c	**Sistem Informasi Kesehatan**		
	Informasi dan data kesehatan reproduksi masuk ke dalam sistem informasi kesehatan		
d	**Komoditas medis**		
	Kebutuhan komoditas kesehatan reproduksi diidentifikasi		
	Jalur supply/pasokan komoditas kesehatan reproduksi diidentifikasi dan diperkuat		
e.	**Pembiayaan**		
	Kemungkinan sumber pembiayaan kesehatan reproduksi diidentifikasi		
f	**Tata kelola dan kepemimpinan**		
	Mereview kebijakan dan pedoman terkait kesehatan reproduksi pada krisis kesehatan		

Lampiran 15: Daftar Indikator Masing-Masing Komponen PPAM Untuk Transisi Ke Tahap Pemulihan Awal

No	Komponen	Indikator	Pencapaian indikator
1	Kondisi umum	a. Masa tanggap darurat bencana b. Akses ke daerah bencana dan respon bencana secara umum	a. Telah berakhir b. Tidak ada kendala akses ke daerah bencana c. Logistik dasar telah tersedia dan menjangkau semua daerah yang terkena dampak
2	Koordinasi	Mekanisme koordinasi untuk implementasi PPAM	a. Mekanisme koordinasi sudah berjalan melalui subklaster kesehatan reproduksi: rapat rutin dan laporan rutin ke klaster kesehatan b. Penanggung jawab masing-masing komponen sudah ditentukan c. Pelayanan kesehatan reproduksi sudah berjalan melalui pelayanan statik (di fasilitas kesehatan/tenda kesehatan reproduksi) dan pelayanan bergerak d. Kebutuhan SDM telah terpenuhi melalui mobilisasi tenaga kesehatan (bidan, perawat, dr spesialis dll) e. Kebutuhan logistik dasar untuk penerapan PPAM telah terpenuhi (bidan kit, kit individu, obat dan peralatan kesehatan reproduksi termasuk alokon dll) f. Data cakupan pelayanan PPAM sudah dikumpulkan dan dilaporkan secara rutin
3	Kekerasan seksual	Mekanisme koordinasi dan pelayanan bagi penyintas perkosaan	a. Penanggung jawab untuk komponen kekerasan seksual telah ditunjuk dari subklaster kesehatan reproduksi b. Koordinasi dengan subklaster pencegahan dan penanganan kekerasan berbasis gender dan perlindungan perempuan telah berjalan c. Pelayanan manajemen klinis korban perkosaan telah tersedia di puskesmas/RS atau di tenda kesehatan reproduksi

No	Komponen	Indikator	Pencapaian indikator
			d. Mekanisme koordinasi multisektor untuk korban perkosaan telah berjalan termasuk mekanisme rujukan yang berfungsi (SOP dan alur rujukan/referral pathway) e. Logistik yang dibutuhkan telah tersedia: kontrasepsi darurat, Profilaksis Pascapajanan (PPP), kit dignity/kit khusus perempuan f. Data cakupan pelayanan kesehatan maternal dan neonatal dikumpulkan dan dilaporkan secara rutin: • Jumlah kasus kekerasan seksual yang dilaporkan • Jumlah kasus kekerasan seksual yang mendapatkan pelayanan medis (kondar, PPP untuk HIV dan IMS) • Jumlah kasus yang dirujuk untuk pelayanan multi-sektoral • dst
4	IMS/HIV	Mekanisme koordinasi dan pelayanan	a. Penanggung jawab untuk komponen IMS/HIV telah ditunjuk dari subklaster kesehatan reproduksi b. Mitra lokal telah teridentifikasi khususnya kelompok pendukung sebaya untuk ODHIV c. Obat ARV tersedia bagi ODHIV dan untuk PPIA, serta mekanisme pengambilan obat telah disepakat d. Logistik yang dibutuhkan telah tersedia: tersedianya alat, obat dan bahan habis pakai untuk penerapan kewaspadaan standar, kondom, antibiotik untuk pengobatan IMS dengan pendekatan sindrom, transfusi darah yang aman. e. Data cakupan pelayanan IMS/HIV dikumpulkan dan dilaporkan secara rutin: • Jumlah ODHIV yang melanjutkan pengobatan ARV • Jumlah kondom yang didistribusikan • Jumlah kasus IMS yang mendapat pengobatan dengan pendekatan sindrom • Jumlah transfusi darah yang dilakukan dan penapisan darah yang dilakukan • dll

No	Komponen	Indikator	Pencapaian indikator
5	Maternal dan neonatal	Mekanisme koordinasi dan pelayanan	a. Penanggung jawab untuk komponen maternal dan neonatal telah ditunjuk dari subklaster kesehatan reproduksi b. Kebutuhan tenaga (bidan, dr SpOG, dr SpA) telah terpenuhi baik di tenda kesehatan reproduksi, puskesmas dan RS c. Pelayanan persalinan telah tersedia di tenda kesehatan reproduksi, puskesmas d. Pelayanan PONED dan PONEK telah tersedia di puskesmas dan RS rujukan termasuk penanganan kegawatdaruratan pascakeguguran (APK) e. Sistem rujukan komplikasi maternal dan neonatal 24 jam telah berfungsi f. Logistik yang dibutuhkan telah tersedia termasuk logistik untuk kegawatdaruratan maternal dan neonatal, bidan kit, kit ibu hamil, melahirkan dan bayi baru lahir sesuai kebutuhan g. Data cakupan pelayanan kesehatan maternal dan neonatal dikumpulkan dan dilaporkan secara rutin: • Jumlah persalinan • Jumlah kasus komplikasi yang dirujuk • Jumlah kasus komplikasi yang ditangani • Jumlah kasus kematian ibu • Jumlah kasus kematian neonatal • dll
5	Pelayanan kontrasepsi	Mekanisme koordinasi dan pelayanan	a. Penanggung jawab untuk pencegahan kehamilan yang tidak direncanakan sudah ditentukan b. Pelayanan kontrasepsi tersedia di fasilitas kesehatan statik (termasuk di tenda kesehatan reproduksi) dan melalui pelayanan bergerak c. Alokon tersedia untuk berbagai pilihan metode jangka pendek dan jangka panjang d. Data cakupan pelayanan kontrasepsi dikumpulkan dan dilaporkan secara rutin: • Pelayanan kontrasepsi untuk masing-masing metode

No	Komponen	Indikator	Pencapaian indikator
6	Kesehatan reproduksi remaja	Mekanisme koordinasi dan pelayanan	a. Penanggung jawab untuk komponen kesehatan reproduksi remaja dan pelibatan remaja telah ditunjuk dari subklaster kesehatan reproduksi b. Pelayanan PPAM Kesehatan Reproduksi remaja (informasi dan pelayanan) telah tersedia dan terintegrasi ke dalam semua komponen PPAM c. Mitra lokal dan kelompok remaja telah teridentifikasi untuk pembentukan forum remaja dan pendirian tenda ramah remaja d. Kebutuhan logistik dasar telah tersedia sesuai kebutuhan: kit individu remaja e. Data cakupan pelayanan kesehatan reproduksi remaja dikumpulkan dan dilaporkan secara rutin: • Jumlah remaja yang mendapatkan pelayanan kesehatan reproduksi remaja • Jumlah remaja yang mendapatkan informasi tentang KRR • Jumlah remaja yang mengikuti kegiatan di ruang ramah remaja • dll
7	Kesehatan anak	Mekanisme koordinasi dan pelayanan	a. Penanggung jawab untuk komponen kesehatan balita telah ditunjuk dari subklaster kesehatan reproduksi b. Pelayanan minimal kesehatan balita tersedia: MTBS, pelayanan gizi, imunisasi , pemberian tablet zinc c. Pencegahan dan penanganan kekerasan seksual, pencegahan penularan HIV dan pelayanan kesehatan jiwa dan dukungan psikososial untuk anak tersedia d. Kebutuhan logistik dasar telah tersedia sesuai kebutuhan: alat, obat dan bahan habis pakai untuk pelayanan kesehatan balita. Kit balita, buku KIA

No	Komponen	Indikator	Pencapaian indikator
			e. Data cakupan pelayanan kesehatan anak dikumpulkan dan dilaporkan secara rutin: • Cakupan pelayanan tumbuh kembang balita (pengukuran antropometri dan SDIDTK) • Cakupan imunisasi dasar • Persentase balita sakit • Jumlah kejadian semua kekerasan pada balita dan jumlah kekerasan seksual • Persentase balita mengalami kekerasan yang dirujuk • Jumlah kematian balita • Penyebab kematian balita • dll
8	Paket Minimum Kesehatan Lanjut Usia (PMKL)	Mekanisme koordinasi dan pelayanan	a. Penanggung jawab untuk komponen kesehatan lansia telah ditunjuk dari subklaster kesehatan reproduksi b. Pelayanan kesehatan umum dan kesehatan reproduksi lansia tersedia c. Mekanisme perlindungan kelompok lansia di pengungsian berjalan d. Kebutuhan logistik dasar telah tersedia sesuai kebutuhan: alat, obat dan bahan habis pakai untuk pelayanan kesehatan lansia e. Data cakupan pelayanan kesehatan lansia dikumpulkan dan dilaporkan secara rutin

Catatan: indikator dengan warna biru adalah indikator prioritas yang harus dikumpulkan di tahap pemulihan awal

Lampiran 16: Formulir Evaluasi PPAM

No	Aspek yang dievaluasi
1	**Efektivitas program**
	a. Apakah program sudah berjalan sesuai dengan tujuan yang diharapkan?
	b. Apakah tujuan dari masing-masing komponen PPAM tercapai?
	c. Apakah indikator dan target dari masing-masing komponen PPAM yang sudah ditentukan tercapai?
	d. Persentase target yang tercapai dari total target yang sudah ditentukan
	e. Apakah pelaksanaan PPAM sudah tepat waktu sesuai dengan kerangka waktu yang ditentukan?
	f. Bagaimana ketersediaan tenaga teknis maupun tenaga pendukung untuk implementasi PPAM
	g. Bagaimana ketersediaan logistik dan supplies untuk mendukung pelaksanaan PPAM
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 program**
	a. Apakah program yang dijalankan sudah sesuai dengan kebutuhan penduduk yang terkena dampak?
	b. Apakah kegiatan yang dijalankan sudah sesuai dengan hasil penilaian yang dilakukan pada saat bencana?
	c. Bagaimana penilaian masyarakat (*beneficiaries*) mengenai program dan layanan yang mereka terima? Apakah puas dengan layanan/program yang mereka terima?
4	**Dampak dan kesinambungan**
	a. Apakah kegiatan PPAM yang dilaksanakan memberi dampak yang baik bagi masyarakat?
	b. Bagaimana kelanjutan program setelah implementasi PPAM selesai?
	c. Apakah pelayanan kesehatan reproduksi tetap tersedia setelah memasuki fase pasca bencana
5	**Permasalahan yang dialami selama implementasi program dan solusi untuk mengatasi masalah tersebut**
6	**Proses pembelajaran yang didapat selama pelaksanaan program**
7	**Rekomendasi**

Lampiran 17: Daftar Pustaka

1. Kementerian Kesehatan, 2015, Pedoman Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi pada Krisis Kesehatan
2. Kementerian Kesehatan, 2017, Pedoman Pelaksanaan Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi pada Krisis Kesehatan
3. Kementerian Kesehatan, 2017, Pedoman Dukungan Logistik Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) pada situasi Krisis Kesehatan
4. Kementerian Kesehatan, 2020, Pedoman Pelayanan Minimum Kesehatan Lanjut Usia (PMKL)
5. Kementerian Kesehatan, 2017, Pedoman Pelaksanaan Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Remaja pada Krisis Kesehatan Tahun 2017
6. Kementerian Kesehatan, 2017, Buku Saku Pedoman Remaja pada Situasi Krisis Kesehatan
7. Kementerian Kesehatan, 2020, Buku Saku Pengelola Program Kesehatan Reproduksi Remaja (PPKRR) pada Krisis Kesehatan
8. Kementerian Kesehatan, 2017, Pedoman Pelaksanaan Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi Remaja pada Krisis Kesehatan
9. Kementerian Kesehatan, 2020, Pedoman Pelaksanaan Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Pelayanan Kesehatan Balita pada Krisis Kesehatan
10. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), 2020, Pedoman Pelayanan Kontrasepsi pada Krisis Kesehatan
11. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), 2020, Pedoman Operasional Pelayanan Kontrasepsi pada Krisis Kesehatan
12. Kementerian Kesehatan, 2020, Pedoman Nasional Asuhan Pascakeguguran (APK) Komprehensif
13. Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, 2020, Pedoman Perlindungan Hak Perempuan dan Anak dari Kekerasan Berbasis Gender.

14. Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, 2020, Ruang Ramah Perempuan Dalam Pencegahan Dan Penanganan Kekerasan Berbasis Gender Pada Situasi Bencana, Standar Operasional Prosedur.
15. Inter-Agency Working Group (IAWG) on Reproductive Health in Emergency, 2018, Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings.
16. Inter-Agency Working Group (IAWG) on Reproductive Health in Emergency, 2019, Inter-Agency Emergency Reproductive Health Kits for Use in Humanitarian Setting, 6th edition.
17. International Planned Parenthood Federation (IPPF), 2020, Guideline on the MISP readiness Assessment (MRA), version for field testing.

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: http://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".

ISBN 978-623-301-257-7
9 786233 012577