

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



613.94
Ind
P

Katalog Dalam Terbitan. Kementerian Kesehatan RI

Indonesia. Kementerian Kesehatan RI. Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat

Pedoman pelaksanaan paket pelayanan awal Minimum (PPAM) kesehatan reproduksi pada krisis kesehatan.—Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. 2017

ISBN 978-602-416-345-7

1. Judul I. REPRODUCTION
II. ORGANIZATION AND ADMINISTRATION
III. DELIVERY OF HEALTH CARE

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

KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan rahmatNya maka penyusunan buku **“Pedoman Pelaksanaan Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi pada Krisis Kesehatan”** dapat diselesaikan. Buku pedoman ini disusun untuk melengkapi Pedoman Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi pada Krisis Kesehatan yang telah terbit tahun 2015.

“Pedoman Pelaksanaan Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi pada Krisis Kesehatan” berisi langkah-langkah operasional pelaksanaan PPAM yang ditujukan bagi para penyedia bantuan kemanusiaan pada situasi bencana, khususnya yang bergerak di bidang kesehatan reproduksi. Pedoman bersifat praktis dan aplikatif, sehingga dapat memberikan acuan dalam merespon penyediaan pelayanan kesehatan reproduksi di situasi lapangan pada saat bencana yang selama ini sering terabaikan.

Buku pedoman menjelaskan tentang pengetahuan dasar krisis kesehatan, pemahaman paket pelayanan awal minimum (PPAM) kesehatan reproduksi dan logistik kesehatan reproduksi serta tugas koordinator sub kluster kesehatan reproduksi dalam PPAM kesehatan reproduksi. Pedoman juga berisi langkah-langkah tindakan dalam pencegahan dan penanganan kekerasan seksual, mencegah penularan HIV, mencegah meningkatnya kesakitan dan kematian maternal dan neonatal serta merencanakan pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif dan terintegrasi ke dalam pelayanan kesehatan dasar pada situasi stabil pasca krisis kesehatan. Selain itu buku pedoman ini memuat tentang prioritas tambahan paket pelayanan awal minimum (PPAM), cara penilaian paket pelayanan awal minimum (PPAM) serta monitoring dan evaluasi.

Kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan pedoman ini, tidak lupa kami ucapkan terima kasih dan penghargaan yang tinggi. Saran dan masukan dalam upaya penyempurnaan buku pedoman ini terus kami harapkan. Semoga buku ini dapat bermanfaat dalam upaya meningkatkan pelayanan kesehatan reproduksi pada krisis kesehatan.

Jakarta, Oktober 2017
Direktur Kesehatan Keluarga,



dr. Eni Gustina, MPH

KATA SAMBUTAN KEMENTERIAN KESEHATAN RI

Pada situasi stabil, masalah kesehatan reproduksi masih merupakan sebuah tantangan kesehatan di Indonesia, apalagi pada kondisi bencana dimana ketersediaan dan keterjangkauan terhadap pelayanan kesehatan reproduksi terganggu. Kebutuhan akan pelayanan kesehatan reproduksi seringkali terabaikan dan belum menjadi prioritas dalam upaya penanggulangan bencana. Padahal pelayanan kesehatan reproduksi pada situasi bencana/krisis kesehatan tetap dibutuhkan, bahkan cenderung meningkat akibat situasi sosial yang kurang stabil.

Dalam upaya pemenuhan layanan kesehatan reproduksi pada saat bencana/krisis kesehatan, sejak tahun 2008 Kementerian Kesehatan bekerjasama dengan *United Nations Population Fund (UNFPA)* telah mengembangkan Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi yang diadaptasi dari panduan *Inter Agency Working Group (IAWG) on Reproductive Health in Crisis*. Walaupun telah dikembangkan selama hampir sepuluh tahun, namun PPAM kesehatan reproduksi masih belum sepenuhnya dipahami dan dilaksanakan dengan baik pada krisis kesehatan.

Sejak tahun 2014 penanggulangan bencana di Indonesia mengadopsi pendekatan sistem kluster dari penanggulangan bencana internasional. Pendekatan kluster ini bertujuan untuk meningkatkan koordinasi, keterpaduan, serta efektifitas dan efisiensi dalam respon penanggulangan bencana. Kementerian Kesehatan menjadi koordinator kluster kesehatan dan mengkoordinasi sub kluster di bidang kesehatan, salah satunya adalah sub kluster kesehatan reproduksi yang mempunyai fungsi menyelenggarakan pelayanan kesehatan reproduksi.

Saya menyambut baik terbitnya **Pedoman Pelaksanaan Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi pada Krisis Kesehatan** ini yang dapat dijadikan acuan dalam memastikan ketersediaan pelayanan kesehatan reproduksi saat bencana melalui pendekatan kluster. Dengan tersusunnya pedoman ini maka seluruh organisasi, lembaga, serta mitra penyedia pelayanan kesehatan reproduksi dapat melakukan langkah-langkah koordinasi yang lebih efektif, integratif, dan komprehensif dalam sub kluster kesehatan reproduksi.

Penghargaan yang tinggi saya sampaikan kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan pedoman ini. Semoga upaya pemenuhan hak kesehatan reproduksi dapat terus kita tingkatkan, utamanya bagi kelompok rentan kesehatan reproduksi seperti ibu hamil, bersalin, pascapersalinan, anak, remaja dan WUS pada krisis kesehatan.

Jakarta, Oktober 2017
Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat



dr. Anung Sugihantono, M.Kes

KATA SAMBUTAN

UNFPA REPRESENTATIVE IN INDONESIA

Indonesia is one of the most disaster-prone countries in the world. Located on the Pacific Ring of Fire, Indonesia frequently faces natural disasters – including earthquakes, tsunamis, volcanic eruptions, floods, landslides, droughts, and forest fires – and often with devastating effects. Indonesia’s vulnerability to disaster requires preparedness at all levels.

Disasters have great potential to impact general health, including reproductive health. The need for RH services remains and may increase during a disaster because of an increased risk of sexual violence and HIV transmission. Childbirth can occur during evacuation and displacement and a lack of access to emergency obstetric care can increase the risk of maternal death. Furthermore, a lack of access to family planning services can increase unwanted pregnancies during times of disaster.

Since 2008, UNFPA has supported the Ministry of Health (MoH) to integrate the Minimum Initial Service Package (MISP) for reproductive health in emergencies into the existing National Health Emergency Preparedness and Response System, under the coordination of the Health Crisis Center. As part of the programme in 2014, with support from UNFPA, the MoH developed a technical guideline on the MISP in health crises. The guideline describes the rationale why the MISP is very important, objectives and components of the MISP, logistics to support the MISP, and monitoring and evaluation related to the MISP. After two years of guideline implementation and feedback from several emergency responses in Indonesia, an MISP operational guideline is needed to support the Provincial and District Health Offices (PHO and DHO) in responding to disasters. Developed through a consultative process, including field consultative meetings conducted in disaster affected areas, this guideline focuses on the programme management aspect complementing the MISP technical guideline developed in 2014. It provides very detailed guidance and step-by-step actions with a clear timeframe to implement each component of the MISP in the acute phase of a disaster.

I hope that this operational guideline will be used to assist affected provinces and districts for timely and quality implementation of the MISP to meet the reproductive health needs of people affected by disasters in Indonesia, and particularly to save the lives of women and girls.

Jakarta, October 2017



Dr. Annette Sachs Robertson
UNFPA Representative in Indonesia

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	III
KATA SAMBUTAN KEMENTERIAN KESEHATAN RI	IV
KATA SAMBUTAN UNFPA REPRESENTATIVE IN INDONESIA	V
DAFTAR SINGKATAN	VIII
DAFTAR TABEL	IX
DAFTAR GAMBAR	X
DAFTAR LAMPIRAN	XI
BAB I PENDAHULUAN	1
BAB II PENGETAHUAN DASAR KRISIS KESEHATAN	5
BAB III PAKET PELAYANAN AWAL MINIMUM (PPAM) DAN LOGISTIK KESEHATAN REPRODUKSI	13
BAB IV KOORDINATOR SUB KLASTER KESEHATAN REPRODUKSI	27
BAB V MENCEGAH DAN MENANGANI KEKERASAN SEKSUAL	35
BAB VI MENCEGAH PENULARAN HIV	43
BAB VII MENCEGAH MENINGKATNYA KESAKITAN DAN KEMATIAN MATERNAL DAN NEONATAL	49
BAB VIII MERENCANAKAN PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI KOMPREHENSIF DAN TERINTEGRASI KE DALAM PELAYANAN KESEHATAN PRIMER PADA SITUASI STABIL PASCAPAKRISIS KESEHATAN	55
BAB IX KOMPONEN PRIORITAS TAMBAHAN PAKET PELAYANAN AWAL MINIMUM (PPAM) KESEHATAN REPRODUKSI	59
BAB X PENILAIAN KEBUTUHAN PAKET PELAYANAN AWAL MINIMUM (PPAM) KESEHATAN REPRODUKSI	63
BAB XI MONITORING DAN EVALUASI	67
DAFTAR ISTILAH	71
DAFTAR PUSTAKA	77
LAMPIRAN	79
TIM PENYUSUN	103

DAFTAR SINGKATAN

AKDR	: Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
ARV	: Anti Retro Viral
BDRS	: Bank Darah Rumah Sakit
BKKBN	: Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional
BNPB	: Badan Nasional Penanggulangan Bencana
BPBD	: Badan Penanggulangan Bencana Daerah
CBR	: Crude Birth Rate/Angka Kelahiran Kasar
CPR	: Contraceptive Prevalence Rate/Angka Prevalensi Kontrasepsi
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
IAWG	: Inter Agency Working Group/Kelompok Kerja Antar Lembaga
IBI	: Ikatan Bidan Indonesia
IMS	: Infeksi Menular Seksual
KIE	: Komunikasi Informasi dan Edukasi
NSPK	: Norma, Standar, Prosedur dan Kriteria
ODHA	: Orang Dengan HIV AIDS
P2TP2A	: Pusat Pelayanan Terpadu Pemberdayaan Perempuan dan Anak
PFA	: Psychological First Aid/Bantuan Psikologis Awal
PIK-KRR	: Pusat Informasi dan Konseling Kesehatan Reproduksi Remaja
PKBI	: Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia
PKK	: Pusat Krisis Kesehatan
PONED	: Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergency Dasar
PONEK	: Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergency Komprehensif
PPAM	: Paket Pelayanan Awal Minimum
PPP	: Pencegahan Pasca Paparan
PWS KIA	: Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak
RHA	: Rapid Health Assessment/Penilaian Cepat Kesehatan
RH Kit	: Reproductive Health Kit/Kit Kesehatan Reproduksi
SGBV	: Sexual Gender-Based Violence/Kekerasan Seksual Berbasis Gender
UTD	: Unit Transfusi darah
WUS	: Wanita Usia Subur

DAFTAR TABEL

Tabel 1	Sub Klaster Kesehatan Nasional	9
Tabel 2	Penjelasan PPAM Kesehatan Reproduksi	14
Tabel 3	Tahapan Pelaksanaan PPAM Kesehatan Reproduksi pada Siklus Krisis Kesehatan	15
Tabel 4	Kegiatan dan Waktu Pelaksanaan PPAM	16
Tabel 5	Penyesuaian Kit Kesehatan Reproduksi dengan Kondisi di Indonesia	23
Tabel 6	Cara Menghitung Kebutuhan Kit Kesehatan Reproduksi	24
Tabel 7	Contoh Formulir Hasil Identifikasi dan Pendataan Sumber daya	29
Tabel 8	Jadwal Rapat Sub Klaster Kesehatan	31
Tabel 9	Penghitungan Estimasi Jumlah Sasaran Kesehatan Reproduksi	32
Tabel 10	Ceklis Pelayanan Medis bagi Penyintas	39
Tabel 11	Perbedaan PPAM Kesehatan Reproduksi dan PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR)	61

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1	Tahapan Krisis Kesehatan	6
Gambar 2	Klaster Bencana di Tingkat Internasional	7
Gambar 3	Klaster Bencana di Tingkat Nasional	8
Gambar 4	Regional Pusat Krisis Kesehatan	10
Gambar 5	Struktur Sub Klaster Kesehatan Reproduksi di Tingkat Pusat	11
Gambar 6	Struktur Sub Klaster Kesehatan Reproduksi di Tingkat Daerah	11
Gambar 7	Contoh Penempatan Media KIE di Pengungsian	25
Gambar 8	Contoh Senter Radio dengan Tenaga Matahari dan Peluit	26
Gambar 9	Alur Penanganan Masalah Kesehatan Reproduksi pada Fase Tanggap Darurat Situasi Krisis Kesehatan	30
Gambar10	Contoh Pengungsian dengan Sekat	37
Gambar 11	Contoh Tenda Keluarga	38
Gambar 12	Contoh Kamar Mandi yang Aman.....	38
Gambar 13	Contoh Informasi Layanan	41
Gambar 14	Contoh Pemetaan Wilayah	51
Gambar 15	Tahap Kegiatan PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja	62

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Daftar kit individu
- Lampiran 2 : Formulir B-1
- Lampiran 3 : Data dasar kesehatan reproduksi prakrisis kesehatan
- Lampiran 4 : Penilaian tentang kondisi fasilitas pelayanan kesehatan
- Lampiran 5 : Daftar lembaga/organisasi/LSM yang bekerja di bidang kesehatan reproduksi
- Lampiran 6 : Format wawancara ibu hamil dan pasca bersalin
- Lampiran 7 : Penilaian kondisi camp pengungsian dan identifikasi risiko terjadinya SGBV
- Lampiran 8 : Instrumen RHA (Rapid Health Assessment) Kesehatan Reproduksi Remaja
- Lampiran 9 : Format dan isi laporan penilaian untuk koordinator kesehatan reproduksi di tingkat pusat/
provinsi/kabupaten
- Lampiran 10 : Lembar Monitoring (indikator PPAM)
- Lampiran 11 : Lembar evaluasi

BAB I PENDAHULUAN



1. Latar Belakang

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia sejak tahun 2008 telah mengembangkan program pelayanan kesehatan reproduksi pada situasi bencana yang diimplementasikan di seluruh Indonesia. Pada saat itu, upaya ini menggunakan pedoman pelayanan kesehatan reproduksi pada situasi bencana yang diterjemahkan langsung dari pedoman internasional *Inter-agency Working Group (IAWG) on Reproductive Health in Crises*. Sejak tahun 2014, pedoman tersebut telah diadaptasi ke dalam konteks lokal Indonesia dengan diterbitkannya Pedoman Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi pada Krisis Kesehatan. Pedoman PPAM Kesehatan Reproduksi disusun berdasarkan pengalaman lapangan dan praktik pelayanan kesehatan reproduksi pada situasi bencana sejak tahun 2004, ketika bencana Tsunami Aceh sampai bencana yang terjadi di tahun 2017.

Selama tahun 2008-2012, Pedoman PPAM telah diorientasikan kepada dinas kesehatan provinsi, dinas kesehatan kabupaten/kota serta disosialisasikan kepada sektor dan mitra terkait. Di samping itu, PPAM kesehatan reproduksi juga telah dilatihkan kepada fasilitator dari 33 provinsi, profesi bidan dan perawat. Saat ini, PPAM kesehatan reproduksi masih terus dikembangkan, dan saat ini telah diintegrasikannya ke dalam kebijakan penanganan krisis kesehatan di Kementerian Kesehatan dengan diterbitkannya Permenkes No. 64 tahun 2013 tentang Penanggulangan Krisis Kesehatan, dilaksanakannya pelatihan PPAM bagi tenaga kesehatan oleh provinsi dan mitra, pelatihan bagi 9 regional dan 2 sub regional pusat krisis kesehatan serta telah disusun kurikulum modul materi PPAM sebagai muatan lokal pada kurikulum pendidikan bidan.

Selama hampir satu dekade pelayanan kesehatan reproduksi pada krisis kesehatan telah dikembangkan, namun pelaksanaannya di lapangan masih belum sesuai harapan. Tantangan dalam implementasi PPAM antara lain: belum adanya pemahaman tentang pentingnya pelayanan kesehatan reproduksi pada situasi bencana/krisis kesehatan oleh *stakeholder*, petugas belum terlatih, mutasi petugas, dsb. Di samping itu juga lemahnya koordinasi antar sektor, organisasi, lembaga mitra penyedia pelayanan kesehatan reproduksi saat krisis kesehatan.

Tahun 2014, Indonesia mulai menerapkan sistem kluster dalam upaya penanggulangan bencana. Pendekatan kluster dimaksudkan untuk meningkatkan kualitas pelayanan dalam penanggulangan bencana melalui kemitraan dengan berbagai pihak dibawah koordinasi BNPB dan Badan Penanggulangan Bencana Daerah (BPBD). Kluster kesehatan terdiri dari beberapa sub kluster, yang masing masing bertanggung jawab terhadap bidang kesehatan tertentu. Salah satunya adalah sub kluster kesehatan reproduksi yang bertanggung jawab terhadap penyediaan dan pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi.

Dengan diterapkannya sistem kluster ini maka penyediaan pelayanan kesehatan reproduksi melalui PPAM pada situasi bencana/ krisis kesehatan, diharapkan dapat meningkat melalui koordinasi yang erat antara kluster maupun antara anggota subkluster dan memaksimalkan seluruh potensi dan sumber daya untuk upaya pemenuhan hak reproduksi, utamanya bagi kelompok rentan seperti ibu hamil, bersalin, pascapersalian, anak bayi baru lahir, remaja dan wanita usia subur.

Pedoman Operasional Pelaksanaan Paket Pelayanan Awal Minimum Kesehatan (PPAM) Reproduksi Pada Krisis Kesehatan ini dapat dijadikan acuan oleh setiap sektor, organisasi, lembaga dalam melakukan langkah langkah koordinatif sehingga pelayanan diberikan secara komprehensif, efektif dan efisien.

2. Tujuan

Pedoman Operasional Pelaksanaan PPAM disusun sebagai panduan teknis bagi subklaster kesehatan reproduksi dalam mengkoordinasikan ketersediaan pelayanan kesehatan reproduksi di lapangan pada krisis kesehatan.

3. Sasaran

- 1) Penanggung jawab Program Kesehatan Reproduksi/Kesehatan Keluarga di tingkat pusat dan tingkat daerah
- 2) Penanggung jawab penanggulangan krisis kesehatan di tingkat pusat dan daerah
- 3) Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) dan Badan Penanggulangan Bencana Daerah (BPPD)
- 4) TNI dan POLRI yang terlibat dalam penanggulangan bencana
- 5) Rumah sakit, puskesmas, klinik dan praktik swasta
- 6) Institusi pendidikan
- 7) Lintas program dan sektor terkait
- 8) Tenaga kesehatan dan konselor lapangan
- 9) Organisasi profesi, Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), organisasi kemasyarakatan.

BAB 2

PENGETAHUAN DASAR KRISIS KESEHATAN



1. Krisis Kesehatan

Krisis kesehatan adalah peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam kesehatan individu atau masyarakat yang disebabkan oleh bencana dan/atau berpotensi bencana.

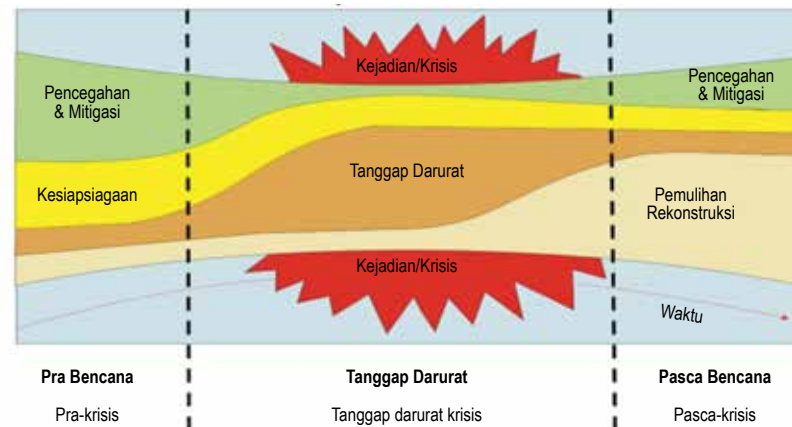
2. Tahapan Kegiatan Krisis Kesehatan

Kegiatan krisis kesehatan dibagi menjadi 3 tahap, meliputi:

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

Penentuan masa tanggap darurat ditetapkan oleh pemerintah berdasarkan rekomendasi dari Badan Nasional Penanggulangan Bencana maupun Badan Penanggulangan Bencana Daerah. Tahapan situasi krisis kesehatan dapat digambarkan dalam suatu fase seperti di bawah ini:

Gambar 1. Tahapan krisis kesehatan



3. Pendekatan Klaster dalam Krisis/Bencana dan Badan Penanggulangan Bencana

Dalam penanggulangan bencana, diperlukan koordinasi dan kerjasama dari berbagai pihak baik dari 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 adalah 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 pemberian bantuan/pelayanan.

1) Klaster bencana di tingkat internasional

Klaster internasional merupakan kelompok organisasi kemanusiaan, baik PBB maupun non-PBB yang masing-masing mempunyai peran pada sektor utama aksi kemanusiaan. Mereka ditunjuk oleh *Inter-Agency Standing Committee* (Komite Tetap Antar Lembaga/IASC) dan memiliki tanggung jawab yang jelas untuk koordinasi. Klaster internasional diketuai oleh *United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs* (UNOCHA). Ada 11 (sebelas) klaster internasional, diantaranya klaster kesehatan yang dikoordinir oleh *World Health Organization* (WHO) dan klaster gizi yang dikoordinir oleh *United Nation Children's Fund* (Unicef).

Gambar 2. Klaster Bencana di Tingkat Internasional

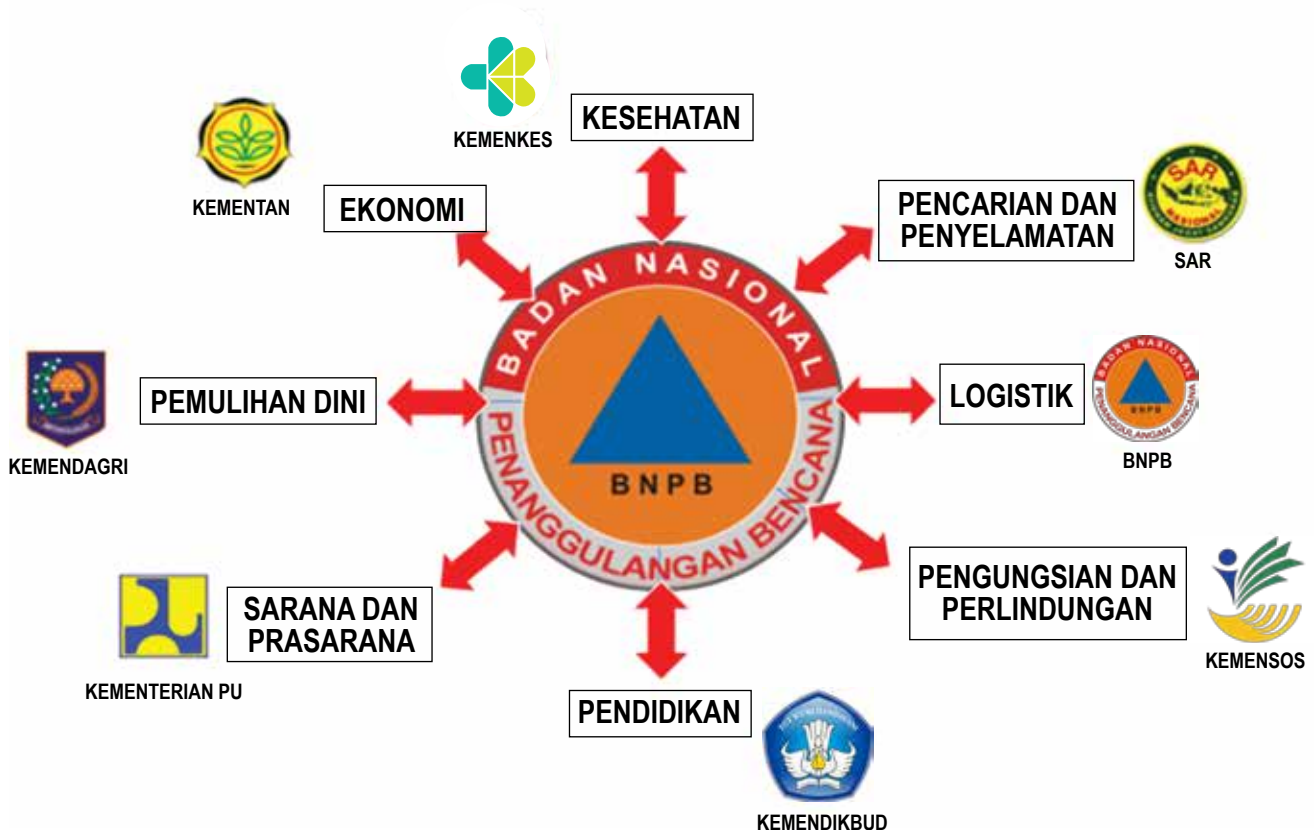


2) Kluster Bencana di Tingkat Nasional

Di Indonesia, pendekatan kluster internasional telah diimplementasikan dalam upaya tanggap darurat dan pemulihan dampak bencana gempa bumi di Yogyakarta tahun 2006 dan Sumatera Barat tahun 2009. Pembelajaran implementasi pendekatan kluster di Indonesia menunjukkan bahwa upaya penanggulangan bencana menjadi lebih terkoordinir dan efektif.

Pada tahun 2014, BNPB bersama Kementerian/Lembaga terkait menyepakati pembentukan sistem kluster nasional melalui keputusan Kepala BNPB Nomor 173 tahun 2015, yang terdiri dari 8 (delapan) kluster yaitu: (1) Kesehatan, (2) Pendidikan, (3) Pengungsian dan Perlindungan, (4) Sarana dan Prasarana, (5) Pemulihan Dini, (6) Ekonomi, (7) Logistik, (8) Pencarian dan Penyelamatan. Pada kluster nasional, penanggung jawab bidang kesehatan adalah kluster kesehatan dalam hal ini Kementerian Kesehatan sebagai koordinator.

Gambar 3. Kluster Bencana di Tingkat Nasional



3) Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPb)

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 mengkoordinasikan pelaksanaan kegiatan penanggulangan bencana secara terencana, terpadu dan menyeluruh di tingkat nasional.

4) Badan Penanggulangan Bencana Daerah (BPBD)

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). Kepala BPBD dijabat secara rangkap (*ex officio*) oleh Sekretaris Daerah yang bertanggungjawab langsung kepada kepala daerah.

5) Klaster Kesehatan Nasional

Penanggulangan bencana di bidang kesehatan dilakukan melalui pendekatan sub klaster dan wilayah/regional. Menteri Kesehatan menetapkan 6 (enam) sub klaster kesehatan yang diketuai oleh Kepala Pusat Krisis Kesehatan (PKK). Masing masing sub klaster bertanggung jawab dalam mengkoordinasikan upaya penanggulangan bencana sesuai tugas dan fungsinya. Anggota klaster kesehatan maupun sub klaster kesehatan dapat berasal dari pemerintah maupun non pemerintah yang mempunyai perhatian dan tujuan pada bidang yang sama.

Dalam rangka meningkatkan upaya kesiapsiagaan dan memperkuat koordinasi, pendekatan melalui sistem sub klaster kesehatan ini direplikasi di tingkat provinsi dan kabupaten/kota.

Tabel 1. Sub Klaster Kesehatan Nasional

NO	SUB KLASTER
1	Sub klaster pelayanan kesehatan
2	Sub klaster pengendalian penyakit dan kesehatan lingkungan
3	Sub klaster pelayanan gizi
4	Sub klaster kesehatan reproduksi
5	Sub klaster kesehatan jiwa
6	Sub klaster penatalaksanaan korban mati (DVI)
Ditambah dengan pembentukan tim:	
1)	Tim Logistik
2)	Tim Data dan Informasi

Disamping pembentukan sub klaster, untuk mempercepat ketersediaan akses dan mendekatkan fungsi bantuan pelayanan kesehatan maka dibentuk 9 (sembilan) pusat krisis kesehatan regional di seluruh Indonesia. PKK regional berfungsi sebagai unit fungsional di daerah dalam penanggulangan krisis kesehatan dan berfungsi

sebagai pusat pengendali bantuan kesehatan (*medical assistance command center*), pusat rujukan kesehatan dan pusat informasi kesehatan.

Gambar 4. Regional Pusat Krisis Kesehatan



6) Sub Klaster Kesehatan Reproduksi

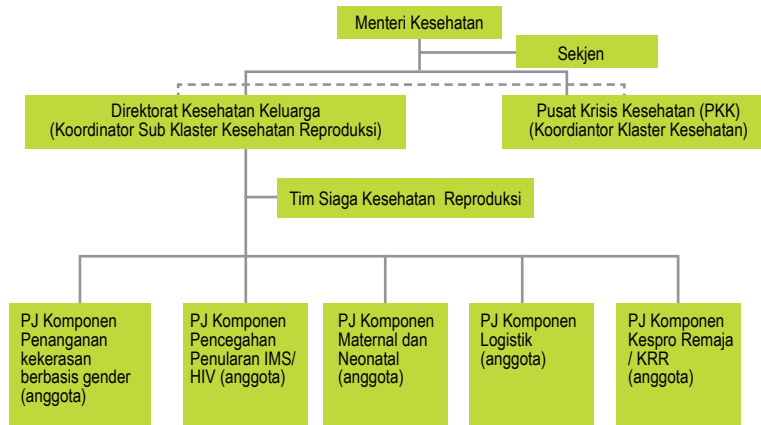
Sub klaster kesehatan reproduksi merupakan bagian dari klaster kesehatan yang bertanggung jawab terhadap tersedia dan terlaksananya pelayanan kesehatan reproduksi pada krisis kesehatan untuk mengurangi risiko kesakitan dan kematian kelompok rentan kesehatan reproduksi. Sub klaster kesehatan reproduksi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

Sub klaster kesehatan reproduksi mempunyai anggota lembaga pemerintah, swasta, organisasi profesi dan masyarakat penggiat kesehatan reproduksi. Sub klaster kesehatan reproduksi diketuai seorang koordinator yang mengkoordinir komponen komponen dalam PPAM kesehatan reproduksi yaitu kekerasan berbasis gender, pencegahan penularan HIV, kesehatan maternal dan neonatal, logistik serta kesehatan reproduksi remaja. Untuk setiap komponen PPAM kesehatan reproduksi ditunjuk seorang penanggung jawab komponen.

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

Di samping itu, untuk memfasilitasi sub kluster kesehatan reproduksi di daerah utamanya bila terjadi bencana dengan skala besar, di tingkat pusat dibentuk Tim Siaga Kesehatan Reproduksi yang baru akan diaktifkan apabila daerah tidak mampu mengatasi permasalahan kesehatan reproduksi pada situasi krisis kesehatan di daerahnya. Tim Siaga bencana terdiri dari organisasi pemerintah, swasta, individu secara umum merupakan penggiat kesehatan reproduksi, khususnya pada situasi bencana.

Gambar 5. Struktur Sub Kluster Kesehatan Reproduksi di Tingkat Pusat



Di tingkat provinsi dan kabupaten/kota, selaku koordinator kesehatan reproduksi adalah eselon 3/penanggung jawab program kesehatan keluarga/kesehatan reproduksi di dinas kesehatan.

Gambar 6. Struktur Sub Kluster Kesehatan Reproduksi di Tingkat Daerah



BAB 3

PAKET PELAYANAN AWAL MINIMUM (PPAM) DAN LOGISTIK KESEHATAN REPRODUKSI



1. PPAM Kesehatan Reproduksi

Ketersediaan layanan kesehatan reproduksi sejak awal bencana/krisis kesehatan dilakukan melalui pelaksanaan PPAM kesehatan reproduksi. 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.

PPAM merupakan serangkaian kegiatan prioritas kesehatan reproduksi yang harus segera dilaksanakan pada tanggap darurat krisis kesehatan dalam rangka menyelamatkan jiwa pada kelompok rentan¹. PPAM kesehatan reproduksi dilaksanakan pada saat fasilitas pelayanan kesehatan tidak berfungsi atau akses terhadap pelayanan kesehatan reproduksi sulit terjangkau oleh masyarakat terdampak.

PPAM kesehatan reproduksi diterapkan pada semua jenis bencana, baik bencana alam maupun non alam. Kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan reproduksi disesuaikan dengan hasil penilaian kebutuhan awal, yang dilakukan oleh petugas kesehatan di lapangan/anggota sub klaster kesehatan reproduksi. Jika PPAM kesehatan reproduksi tidak dilaksanakan, akan memiliki konsekuensi: 1) meningkatnya kematian maternal dan neonatal, 2) meningkatnya risiko kasus kekerasan seksual dan komplikasi lanjutan, 3) meningkatnya penularan Infeksi Menular Seksual (IMS), 4) terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan dan aborsi yang tidak aman, 5) terjadinya penyebaran HIV.

Tabel 2. Penjelasan PPAM Kesehatan Reproduksi

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

¹ Buku Pedoman Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi Pada Krisis Kesehatan, 2015

Tabel 3. Tahapan Pelaksanaan PPAM Kesehatan Reproduksi pada fase Krisis Kesehatan

Tahap Krisis Kesehatan	Kegiatan
Prakrisis kesehatan	<input checked="" type="checkbox"/> Pembentukan sub kluster kesehatan reproduksi <input checked="" type="checkbox"/> Advokasi dan sosialisasi PPAM <input checked="" type="checkbox"/> Pelatihan dan orientasi PPAM <input checked="" type="checkbox"/> Penyusunan kebijakan <input checked="" type="checkbox"/> Penyusunan NSPK <input checked="" type="checkbox"/> Penyediaan logistik PPAM
Tanggap darurat krisis kesehatan	<input checked="" type="checkbox"/> Penerapan Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM)
Pascakrisis kesehatan	<input checked="" type="checkbox"/> Perencanaan kesehatan reproduksi komprehensif

2. Komponen dan Waktu Pelaksanaan PPAM

PPAM dilaksanakan untuk menjawab kebutuhan kelompok rentan kesehatan reproduksi yang terdampak bencana seperti ibu hamil, bersalin, pascapersalinan, bayi baru lahir, remaja dan WUS. Komponen PPAM kesehatan reproduksi dilaksanakan segera setelah mendapatkan hasil penilaian dari tim kaji cepat di lapangan (tim RHA).

PPAM terdiri dari 5 komponen sebagai berikut:

1. Mengidentifikasi koordinator PPAM Kesehatan Reproduksi
2. Mencegah dan menangani kekerasan seksual
3. Mencegah penularan HIV
4. Mencegah meningkatkannya kesakitan dan kematian maternal dan neonatal
5. Merencanakan pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif dan terintegrasi ke dalam pelayanan kesehatan dasar ketika situasi stabil pascakrisis kesehatan

Selain komponen di atas, terdapat prioritas tambahan dari komponen PPAM, yang harus disediakan adalah:

1. Memastikan suplai yang memadai untuk kelanjutan penggunaan kontrasepsi dalam keluarga berencana (KB)
2. Melaksanakan kesehatan reproduksi remaja di semua komponen PPAM
3. Mendistribusikan kit individu

Tabel 4. Kegiatan dan Waktu Pelaksanaan PPAM

KOMPONEN PPAM	KEGIATAN	WAKTU RESPON
<p>Komponen 1: Mengidentifikasi koordinator sub klaster Kesehatan Reproduksi/PPAM</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Menunjuk (mengaktifkan) seorang koordinator untuk mengkoordinir Lintas P/S lembaga lokal dan internasional dalam pelaksanaan PPAM Kespro b. Melakukan pertemuan koordinasi untuk mendukung dan menetapkan penanggung jawab pelaksana di setiap komponen c. Melaporkan isu-isu dan data terkait kesehatan reproduksi, ketersediaan sumber daya serta logistik pada pertemuan koordinasi d. Memastikan ketersediaan dan pendistribusian RH Kit 	<ul style="list-style-type: none"> a. 1 x 24 jam b. 1 x 24 jam c. 2 x 24 jam d. 1 x 24 jam
<p>Komponen 2: Mencegah dan menangani kekerasan seksual</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Melakukan perlindungan bagi penduduk yang terkena dampak terutama pada perempuan dan anak-anak. b. Menyediakan pelayanan medis bagi korban termasuk pemberian profilaksis pasca pajanan dan kontrasepsi darurat (dalam 72 jam) dan dukungan psikologis awal (PFA) bagi penyintas perkosaan c. Memastikan masyarakat mengetahui informasi tersedianya pelayanan medis, dukungan psikologis awal, rujukan perlindungan dan bantuan hukum d. Memastikan adanya jejaring untuk pencegahan dan penanganan kekerasan seksual 	<ul style="list-style-type: none"> a. 1x 24 jam setelah bencana (khususnya pada bencana akibat konflik sosial) b. Pelayanan tersedia 24 jam pertama setelah bencana, dan pemberian profilaksis diberikan dalam 72 jam pasca perkosaan c. 48 jam d. 72 jam

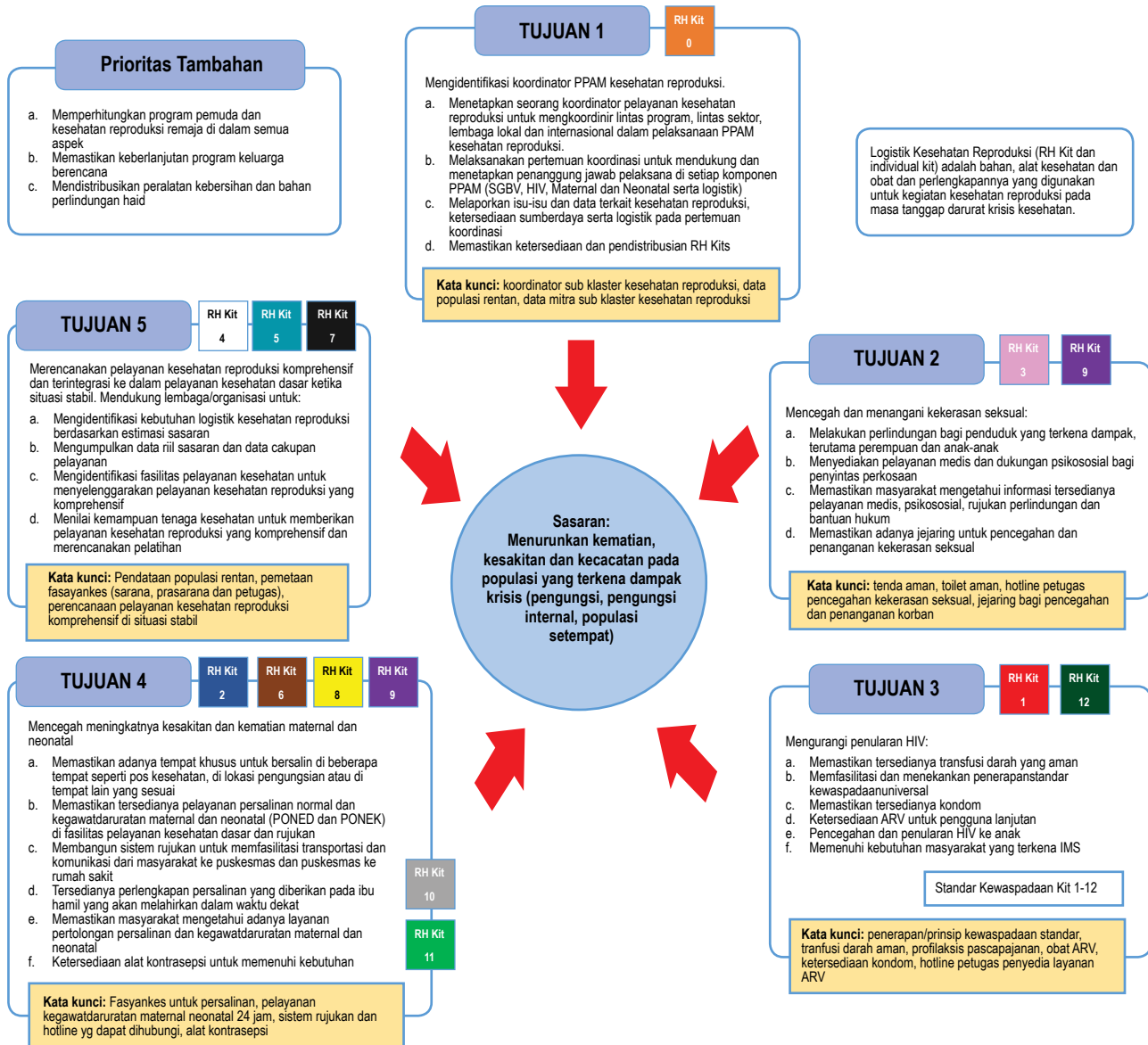
KOMPONEN PPAM	KEGIATAN	WAKTU RESPON
<p>Komponen 3: Mencegah penularan HIV</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Memastikan tersedianya transfusi darah yang aman b. Memfasilitasi dan menekankan penerapan kewaspadaan standar c. Pemberian profilaksis pasca pajanan d. Ketersediaan obat ARV e. Memastikan ketersediaan kondom 	<ul style="list-style-type: none"> a. 1x 24 jam pasca bencana b. 1x 24 jam pasca bencana c. Poin c dan d dilaksanakan dalam 1 x 24 jam pasca bencana e. 72 jam, berkoordinasi dengan tim logistik mengenai ketersediaan alat kontrasepsi
<p>Komponen 4: Mencegah meningkatnya kesakitan dan kematian maternal dan neonatal</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Memastikan adanya tempat khusus untuk bersalin di beberapa tempat seperti pos kesehatan, di lokasi pengungsian atau di tempat lain yang sesuai b. Memastikan tersedianya pelayanan (tenaga yang kompeten dan alat serta bahan yang sesuai standar) persalinan normal dan kegawatdaruratan maternal dan neonatal (PONED dan PONEK) di fasilitas pelayanan kesehatan dasar dan rujukan c. Membangun sistem rujukan untuk memfasilitasi transportasi dan komunikasi dari masyarakat ke puskesmas dan puskesmas ke rumah sakit d. Memastikan tersedianya perlengkapan persalinan (kit ibu hamil, kit pascapersalinan, kit dukungan persalinan) yang diberikan pada ibu hamil yang akan melahirkan dalam waktu dekat e. Memastikan masyarakat mengetahui adanya layanan pertolongan persalinan dan kegawatdaruratan maternal dan neonatal f. Ketersediaan alat kontrasepsi yang mencukupi 	<p>Semua langkah-langkah pada komponen 4 dilakukan pada 24 jam setelah bencana</p>

KOMPONEN PPAM	KEGIATAN	WAKTU RESPON
<p>Komponen 5: Merencanakan pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif dan terintegrasi ke dalam pelayanan kesehatan dasar ketika situasi stabil</p>	<ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi kebutuhan peralatan dan suplai kesehatan reproduksi berdasarkan estimasi sasaran Mengumpulkan data riil sasaran dan data cakupan pelayanan Mengidentifikasi fasilitas pelayanan kesehatan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan reproduksi yang komprehensif Menilai kemampuan tenaga kesehatan untuk memberikan pelayanan kesehatan reproduksi yang komprehensif dan merencanakan pelatihan 	<p>Peralihan masa tanggap darurat ke masa pemulihan</p>
<p>Komponen tambahan:</p> <ol style="list-style-type: none"> Memastikan ketersediaan untuk keberlanjutan penggunaan kontrasepsi dalam keluarga berencana (KB) Kesehatan reproduksi remaja di semua komponen PPAM Distribusi kit individu 	<p>Memastikan ketersediaan alat kontrasepsi untuk menjamin keberlangsungan penggunaan alat kontrasepsi bagi para akseptor KB.</p> <p>Memastikan tersedianya layanan PPAM kesehatan reproduksi remaja (lihat bab prioritas tambahan)</p> <p>Memastikan kit individu (kit ibu hamil, kit ibu paska melahirkan, kit bayi baru lahir dan kit higiene) terdistribusi dengan baik dan sesuai sasaran yang ada.</p>	<p>72 jam pasca bencana</p> <p>Sesegera mungkin, sesuai dengan waktu pelaksanaan komponen PPAM di atas.</p> <p>Sesegera mungkin, dengan menyesuaikan kebutuhan dari hasil kaji cepat tim lapangan</p>

Untuk memudahkan pelaksanaan PPAM kesehatan reproduksi di lapangan, maka disusun *cheat sheet*/bagan tujuan pelaksanaan PPAM pada krisis kesehatan. Bagan ini berisi 5 komponen PPAM kesehatan reproduksi, tujuan setiap komponen dan paket logistik kesehatan reproduksi yang dibutuhkan untuk mendukung pelaksanaan semua kegiatan di setiap komponen kesehatan reproduksi.

BAGAN TUJUAN PELAKSANAAN PAKET PELAYANAN AWAL MINIMUM KESEHATAN REPRODUKSI

(Penjelasan lengkap terkait bagan ini dapat dilihat pada pedoman pelaksanaan PPAM Kesehatan Reproduksi)



Logistik Kesehatan Reproduksi:

	KRISIS	POST KRISIS
		Angka kematian kasar > 1/10,000 hari
BIDANG	PAKET PELAYANAN AWAL MINIMUM (PPAM) KESEHATAN REPRODUKSI	LAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI KOMPREHENSIF
KELUARGA BERENCANA	<ul style="list-style-type: none"> Menyediakan kontrasepsi, seperti kondom, pil, suntik, dan IUD untuk memenuhi kebutuhan 	<ul style="list-style-type: none"> Pengadaan alat kontrasepsi Melakukan pelatihan untuk staff Menyusun program KB Komprehensif Memberikan penyuluhan masyarakat
KEKERASAN BERBASIS GENDER	<ul style="list-style-type: none"> Mengkoordinasikan mekanisme untuk mencegah kekerasan seksual dengan sektor/klaster kesehatan dan sektor lain Menyediakan layanan media bagi korban perkosaan Menginformasikan kepada masyarakat tentang layanan yang tersedia 	<ul style="list-style-type: none"> Memperluas layanan medis, psikologis dan bantuan hukum bagi korban Menegakkan dan mengatasi bentuk-bentuk lain dari kekerasan berbasis gender seperti kekerasan dalam rumah tangga, pernikahan paksa/dini, sunat perempuan Memberikan penyuluhan kepada masyarakat Melibatkan laki-laki dan remaja laki-laki dalam program kekerasan berbasis gender
PELAYANAN MATERNAL DAN NEONATAL	<ul style="list-style-type: none"> Memastikan tersedianya layanan kegawatdaruratan kebidanan dan neonatal Membangun sistem rujukan 24/7 untuk kegawatdaruratan kebidanan dan neonatal (Emergency Obstetric and Neonatal Care/EmONC) Menyediakan kit persalinan bersih bagi ibu hamil yang terlihat dan penolong persalinan Menginformasikan kepada masyarakat tentang layanan yang tersedia 	<ul style="list-style-type: none"> Menyediakan layanan Ante Natal Care (ANC) Menyediakan layanan Post Natal Care (PNC) Melatih penolong persalinan (bidan, dokter dan perawat) dalam melakukan layanan kegawatdaruratan kebidanan dan neonatal (Emergency Obstetric and Neonatal Care/EmOC) Meningkatkan akses kepada PONEK (Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergency Dasar) dan PONEK (Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergency Komprehensif)
INFEKSI MENULAR SEKSUAL (MS) TERMASUK PENCEGAHAN DAN PENGOBATAN HIV	<ul style="list-style-type: none"> Memastikan pelaksanaan tranfusi darah yang aman dan rasional Memastikan kepatuhan kepada standar kewaspadaan universal Menjamin tersedianya kondom gratis Menyediakan pengobatan pendekatan gejala (syndromic approach) sebagai bagian dari layanan klinis rutin bagi pasien yang datang untuk mendapatkan layanan Menyediakan pengobatan ARV (anti retro viral) untuk pasien yang sudah mendapat ARV termasuk PMTCT secepat mungkin 	<ul style="list-style-type: none"> Membangun layanan pencegahan dan pengobatan IMS komprehensif termasuk sistem surveilans IMS Berkolaborasi dalam membangun layanan HIV komprehensif yang sesuai Memberikan layanan, dukungan dan pengobatan bagi ODHA (orang dengan HIV/AIDS) Meningkatkan kesadaran akan pencegahan, layanan dan pengobatan IMS

RH kit (kit kesehatan reproduksi) dirancang untuk dipakai selama periode 3 bulan untuk dalam jumlah penduduk yang bervariasi dan dibagi menjadi 3 blok sbb:

Blok 1 6 kit untuk dipakai di tingkat masyarakat dan pelayanan kesehatan dasar untuk 10,000 penduduk/3 bulan		
No Kit	Nama Kit	Kode Warna
Kit 0	Kit Administrasi	Oranye
Kit 1	Kit kondom	Merah
Kit 2	Di Indonesia Kit nomor 2 tidak diadaptasi	Biru tua
Kit 3	Kit Perawatan Korban Perkosaan	Merah muda
Kit 4	Kit Kontrasepsi Oral dan Suntik	Putih
Kit 5	Kit Pengobatan Penyakit Menular Seksual	Biru Kehijauan

Blok 1 terdiri dari 6 kit. Setiap kit ditujukan untuk dipakai oleh petugas kesehatan yang memberikan layanan kesehatan reproduksi di tingkat masyarakat dan tingkat layanan dasar. Kit-kit ini terutama terdiri dari obat-obatan dan bahan habis pakai. Kit 1, 2 dan 3 dibagi menjadi 2 bagian yaitu bagian A dan B, yang dapat dipesan secara terpisah.

Blok 2 5 kit untuk dipakai di tingkat masyarakat dan pelayanan kesehatan untuk 30,000/3 bulan		
No Kit	Nama Kit	Kode warna
Kit 6	Kit Pertolongan Persalinan di Klinik	Coklat
Kit 7	Kit Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR/IUD) dan Pencabutan Implant	Hitam
Kit 8	Kit Penanganan Keguguran dan Komplikasi	Kuning
Kit 9	Kit Jahitan Robekan Leher Rahim dan Vagina dan Pemeriksaan Vagina	Ungu
Kit 10	Kit Persalinan dengan Ekstraksi Vacuum	Abu-abu

Blok 2 terdiri dari 5 kit yang berisi bahan habis pakai dan bahan pakai ulang. Item di dalam kit ini ditujukan untuk dipakai oleh tenaga kesehatan terlatih dengan tambahan ketrampilan kebidanan, ketrampilan obstetrik dan neonatal tertentu di tingkat layanan kesehatan dan rumah sakit.

Blok 3 2 kit untuk dipergunakan di tingkat rumah sakit rujukan untuk 150,000/3 bulan		
No Kit	Nama Kit	Kode warna
Kit 11	Kit Tingkat Rujukan untuk Kesehatan Reproduksi	Hijau fluoresen
Kit 12	Kit transfusi darah	Hijau tua

Blok 3 terdiri dari 2 kit yang berisi dari bahan habis pakai ulang untuk memberikan pelayanan obstetrik neonatal emergency komprehensif (PONEK) di tingkat rujukan (bedah kebidanan). Diestimasikan bahwa rumah sakit di tingkat ini menangani penduduk sekitar 150,000 orang. Kit 11 terdiri dari 2 bagian, A dan B yang biasanya dipakai bersama tapi dapat dipesan secara terpisah.

Catatan: Lembaga tidak boleh hanya tergantung pada RH kit antar lembaga dan harus merencanakan untuk integrasi pengadaan suplai PPAM/kesehatan reproduksi ke dalam sistem pengadaan rutin mereka

Sumber:

- ▶ Reproductive Health in Humanitarian Settings: An Inter-agency Field Manual: http://www.iawg.net/resources/field_manual.html
- ▶ MISP Distance Learning Module: <http://misp.rhrc.org>
- ▶ SPRINT Facilitator's Manual for SRH Coordination: www.ippfsear.org/en/Resources/Publications/SPRINTFacilitatorsManual.htm
- ▶ UNFPA/Save the Children Adolescent Sexual and Reproductive Health Toolkit in Humanitarian Settings: A companion to the Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings: www.unfpa.org/public/publications/pid/4169
- ▶ RHRC Monitoring and Evaluation Toolkit: www.rhrc.org/resources/general_fieldtolls/toolkit/
- ▶ CDC RH Assessment Toolkit for conflict-Affected Women: <http://www.cdc.gov/reproductive-health/Refugee/RefugeesProjects.htm>
- ▶ Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Crises: www.iawg.net
- ▶ Reproductive Health Response in Crises (RHRC) consortium: www.rhrc.org

3. Logistik PPAM

Dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi yang optimal diperlukan ketersediaan paket dan perlengkapan PPAM. Ada 3 (tiga) jenis paket (kit) yaitu: kit individu, kit persalinan di lapangan, kit kesehatan reproduksi serta alat dan sarana penunjang. Semua kebutuhan logistik ini harus disiapkan pada tahap prakrisis kesehatan sebagai bagian dari kegiatan kesiapsiagaan bencana. Penyediaan dan pendistribusian logistik dapat dilakukan secara mandiri oleh pemerintah maupun pihak lainnya. Berikut adalah uraian tentang jenis-jenis paket dan logistik PPAM:

1) Kit individu

- Berisi barang kebutuhan pribadi sesuai sasaran kesehatan reproduksi.
- Dikemas dalam kantong/tas dengan warna tertentu yaitu: ibu hamil (kit warna hijau), ibu pasca melahirkan/pasca persalinan (kit warna oranye), bayi baru lahir (kit warna merah) dan kit higiene untuk WUS (kit warna biru).
- Kit diberikan sesegera mungkin pada awal terjadi krisis kesehatan sesuai kebutuhan dari hasil kaji cepat tim lapangan

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

- (1) 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. Lihat Tabel 9. Penghitungan Estimasi Jumlah Sasaran Kesehatan Reproduksi
- (2) Mendistribusikan kit individu sesuai dengan sasaran, yaitu:
 - Kit ibu hamil untuk ibu hamil trimester ketiga
 - Kit ibu pasca melahirkan/pascapersalinan untuk ibu nifas
 - Kit bayi baru lahir untuk bayi sampai usia 3 bulan
 - Kit higiene untuk WUS
- (3) Apabila kit individu belum tersedia, penanggung jawab PPAM dapat mengkoordinasikan kebutuhan tersebut kepada para pemberi bantuan/donatur dalam krisis kesehatan.

2) Kit persalinan di lapangan

- Merupakan paket alat, obat dan bahan habis pakai untuk pertolongan persalinan. Perlu dipastikan alat dan obat lengkap serta periksa tanggal kadaluarsa dari obat-obatan tersebut.
- Kit di distribusikan 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.

3) Kit kesehatan reproduksi

- Kit ini hanya dipakai pada bencana besar dimana banyak infrastruktur kesehatan yang rusak, tidak berfungsi dan tidak mampu melakukan pelayanan kesehatan seperti biasanya. Merupakan paket peralatan, obat dan bahan habis pakai yang sudah dikemas dan diberi nomor dan warna sesuai dengan jenis tindakan medis yang akan dilakukan, untuk memudahkan pemberian pelayanan. Ada 12 jenis kit kesehatan reproduksi. (Lihat Tabel 5)
- Kit berisi alat kesehatan dan bahan habis pakai yang biasa digunakan di puskesmas maupun rumah sakit. Kit kesehatan reproduksi terdiri dari 3 (tiga) blok, masing masing blok ditujukan bagi fasilitas pelayanan kesehatan yang berbeda.
- Kit dirancang untuk penggunaan jangka waktu 3 (tiga) bulan untuk jumlah penduduk tertentu.
- 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 terdapat dalam Buku Pedoman Dukungan Logistik PPAM Kesehatan Reproduksi pada Krisis Kesehatan.
- Kebutuhan kit tergantung pada banyaknya pengungsi, jenis pelayanan yang akan diberikan serta perkiraan lamanya waktu mengungsi.

Koordinator sub kluster kesehatan reproduksi dan penanggung jawab komponen logistik mengatur penyediaan dan mendistribusikan kit kesehatan reproduksi dengan:

- (1) Berkoordinasi untuk mendata fasilitas pelayanan kesehatan yang rusak dan tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan reproduksi.
- (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.
 - 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 penyimpanan kit kesehatan reproduksi sementara (gudang) yang memadai sebelum didistribusi.
- (5) Memeriksa kelengkapan alat dan obat serta tanggal kadaluarsa 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

Beberapa isu logistik dalam pengadaan kit kesehatan reproduksi yang perlu dipahami antara lain:

- (1) Ijin beacukai (untuk kit yang berasal dari Copenhagen)
- (2) Pemantauan obat-obatan yang memerlukan penyimpanan rantai dingin (cold chain)
- (3) Rencana distribusi
- (4) Transportasi
- (5) Gudang
- (6) Koordinasi dengan lembaga lokal dan pemerintah setempat

Tabel 5. Penyesuaian Kit Kesehatan Reproduksi dengan Kondisi di Indonesia

Kit Kesehatan Reproduksi Internasional		Kit Kesehatan Reproduksi yang disesuaikan dengan kondisi Indonesia		
Blok 1	Kit 0	Kit administrasi	Kit 0	Kit administrasi
	Kit 1	Kit kondom	Kit 1	Kit kondom
	Kit 2	Kit persalinan bersih individu (bagian A & B)	-*	<i>Di Indonesia kit no 2 tidak diadaptasi</i>
	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 penyakit menular seksual	Kit 5	Kit pengobatan penyakit menular seksual
Blok 2	Kit 6	Kit pertolongan persalinan di klinik	Kit 6	Kit pertolongan persalinan di klinik
	Kit 7	Kit Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR/IUD)	Kit 7	Kit Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR/IUD) dan pencabutan implant

Kit Kesehatan Reproduksi Internasional			Kit Kesehatan Reproduksi yang disesuaikan dengan kondisi Indonesia		
Blok 2	Kit 8	Kit penanganan keguguran dan komplikasi	Blok 2	Kit 8	Kit penanganan keguguran dan komplikasi
	Kit 9	Kit jahitan robekan leher rahim dan vagina dan pemeriksaan vagina		Kit 9	Kit jahitan robekan leher rahim dan vagina dan pemeriksaan vagina
	Kit 10	Kit persalinan dengan ekstraksi vacuum		Kit 10	Kit peralihan dengan ekstraksi vacuum
Blok 3	Kit 11	Kit tingkat rujukan untuk kesehatan reproduksi	Blok 3	Kit 11	Kit tingkat rujukan untuk kesehatan reproduksi
	Kit 12	Kit transfusi darah		Kit 12	Kit transfusi darah

Tabel 6. Cara Menghitung Kebutuhan Kit Kesehatan Reproduksi

Kit kesehatan reproduksi sudah dirancang untuk sejumlah penduduk tertentu. Saat memesan kit kesehatan reproduksi tidak perlu menghitung jumlah masing-masing alat dan obat, tapi hanya diperlukan data jumlah pengungsi dan perkiraan lama waktu mengungsi.

Contoh:

- Blok 1 untuk 10.000 penduduk selama 3 bulan
Jika pengungsi sebanyak 50.000 orang, maka kit yang akan dipesan sebanyak $50.000:10.000=5$ kit
- Blok 2 untuk 30.000 penduduk selama 3 bulan
Jumlah pengungsi 50.000 maka kit yang akan dipesan adalah $50.000 : 30.000=1,6$ -> pesan 2 kit

Kit tidak bisa dipesan sebagian 1,6 kit melainkan harus dibulatkan dan sisa obat dan bahan habis pakai bisa digunakan untuk waktu lebih dari 3 bulan

**Informasi lengkap cara perhitungan kebutuhan kit kesehatan reproduksi terdapat dalam buku Pedoman Dukungan Logistik PPAM Kesehatan Reproduksi*

4) Alat dan Sarana Penunjang lainnya

(1) Tenda Kesehatan Reproduksi

Apabila tidak tersedia ruangan/tenda untuk pelayanan kesehatan reproduksi di posko kesehatan, maka tenda kesehatan reproduksi harus disediakan. Ukuran minimal tenda kesehatan reproduksi di lapangan 4 x 6 meter. Tenda ini dimanfaatkan untuk melaksanakan pemeriksaan KIA/ANC, persalinan dan juga konseling tentang kesehatan reproduksi serta menyusui. Tenda kesehatan reproduksi harus bersifat privasi.

(2) Media Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) Kesehatan Reproduksi

Dalam situasi krisis kesehatan, pengunjung 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 pengunjung, seperti kipas kertas dan baju kaos. Tidak dianjurkan memberikan media KIE dalam bentuk leaflet/brosur/flyer karena akan menimbulkan limbah di tempat pengungsian

Gambar 7. Contoh Penempatan Media KIE di Pengungsian



(3) Peralatan penunjang lain

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

(4) Alat bantu perlindungan diri

Pada situasi krisis kesehatan dan bencana dimana keadaan menjadi tidak stabil, tindak kejahatan seksual dapat terjadi bahkan meningkat terutama pada populasi rentan, yaitu perempuan dan anak. Upaya pencegahan dan kewaspadaan diri perlu ditingkatkan, misalnya dengan memberikan peralatan sederhana yang dapat dimanfaatkan oleh perempuan dan anak untuk pencegahan kekerasan seksual seperti senter (untuk membantu penerangan), peluit (sebagai alarm tanda bahaya), dll.

Gambar 8. Contoh Senter-Radio dengan tenaga matahari dan peluit



BAB 4

KOORDINATOR SUB KLUSTER KESEHATAN REPRODUKSI



Koordinator sub klaster kesehatan reproduksi merupakan anggota dari tim penanggulangan bencana di wilayahnya dan merupakan penanggung jawab Program Kesehatan Reproduksi/Kesehatan Keluarga di dinas kesehatan setempat. Seorang koordinator harus memiliki kemampuan melakukan koordinasi, mempunyai pengetahuan dasar pelayanan kesehatan reproduksi dan dapat memastikan PPAM kesehatan reproduksi tersedia dan dilaksanakan.

KEGIATAN PRIORITAS KOORDINASI SUBKLASTER KESPRO:

- 1) Mengidentifikasi lembaga dan organisasi yang bergerak di bidang kesehatan reproduksi untuk menjadi anggota subklaster kesehatan reproduksi di wilayah bencana
- 2) Melakukan rapat koordinasi untuk menentukan penanggung jawab komponen PPAM sesuai dengan bidang kerjanya
- 3) Mensosialisasikan PPAM kesehatan reproduksi dan menyusun rencana kerja
- 4) Melakukan pertemuan rutin sub klaster kesehatan reproduksi dan melaporkan kepada koordinator klaster kesehatan
- 5) Mengikuti pertemuan rutin klaster kesehatan dan menyampaikan hasilnya kepada anggota sub klaster kesehatan reproduksi
- 6) Memastikan pelayanan kesehatan reproduksi tersedia dan berfungsi dengan baik pada tempat pengungsian/ bagi masyarakat terdampak
- 7) Mengkoordinir ketersediaan dan distribusi logistik kesehatan reproduksi

Langkah-langkah/kegiatan koordinasi PPAM kesehatan reproduksi adalah:

1. Mengidentifikasi lembaga, organisasi, sektor lain yang bergerak di bidang kesehatan reproduksi untuk menjadi anggota subklaster kesehatan reproduksi di wilayah bencana

Kegiatan identifikasi dan pendataan potensi dan sumber daya yang dimiliki oleh masing-masing organisasi dilakukan pada saat prakrisis, sehingga ketika krisis kesehatan terjadi, koordinator kesehatan reproduksi dapat segera melakukan aktivasi sub klaster kesehatan reproduksi dan organisasi dan lembaga yang ada di daerah tersebut. Di bawah ini adalah contoh tabel untuk mengidentifikasi nama organisasi, lembaga dan potensi yang dimiliki terkait pelayanan kesehatan reproduksi. Tabel dapat disesuaikan sesuai kebutuhan yang sepakati oleh anggota dari sub klaster kesehatan reproduksi.

Tabel 7. Contoh Formulir Hasil Identifikasi dan Pendataan Sumber Daya

Nama Organisasi	Program/ kegiatan	Wilayah Kerja	Data Kontak	Sumber Daya	Keterangan
			Nama: alamat: telepon:		

2. Melakukan rapat koordinasi untuk menentukan penanggung jawab komponen PPAM sesuai dengan bidang kerjanya

1) Koordinator sub kluster kesehatan reproduksi mengadakan rapat awal sub kluster kesehatan reproduksi untuk menyepakati penanggung jawab masing masing komponen PPAM:

(1) Penanggung jawab **kekerasan berbasis gender**

Penanggung jawab komponen kekerasan berbasis gender dapat berasal organisasi atau lembaga penggiat isu kekerasan terhadap perempuan dan anak, seperti Pusat Pelayanan Terpadu Pemberdayaan Perempuan dan Anak (P2TP2A), Yayasan Pulih, dll.

(2) Penanggung jawab **pencegahan penularan HIV**

Penanggung jawab pencegahan penularan HIV dapat berasal dari institusi yang bergerak di bidang pencegahan penularan IMS dan HIV, seperti PMI, PKBI, dll.

(3) Penanggung jawab **maternal dan neonatal**

Penanggung jawab komponen maternal dan neonatal dapat berasal dari institusi yang berkonsentrasi pada pelayanan kesehatan ibu dan anak, seperti organisasi profesi (IBI, POGI,IDI).

(4) Penanggung jawab **kesehatan reproduksi remaja**

Penanggung jawab komponen kesehatan reproduksi remaja dapat berasal dari penanggung jawab dan pengelola program kesehatan remaja (KIA) di dinas kesehatan setempat, atau lintas sektor atau organisasi masyarakat seperti PKBI, Aliansi Remaja Independen (ARI), Pusat Informasi dan Konseling Kesehatan Reproduksi Remaja (PIK-KRR), BKKBN, dll.

(5) Penanggung jawab **logistik PPAM**

Penanggung jawab komponen logistik PPAM berasal dari dinas kesehatan setempat.

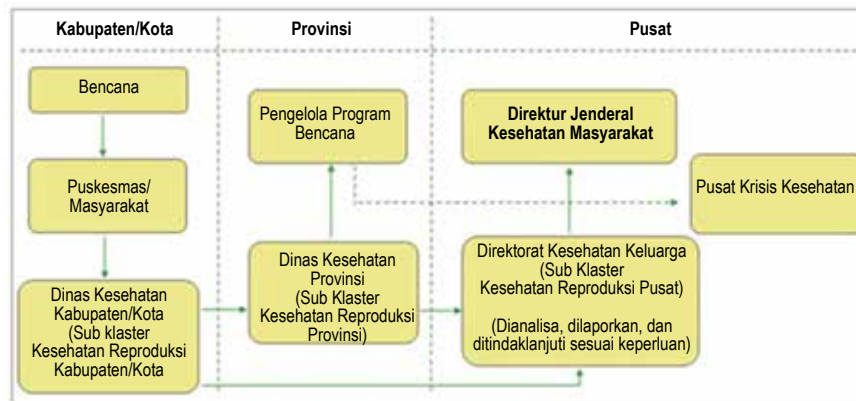
Selanjutnya dilakukan rapat rutin dengan para anggotanya dilaksanakan untuk meningkatkan koordinasi di lapangan dengan jadwal yang disepakati bersama.

- Apabila di wilayah terdampak bencana sudah terbentuk sub kluster kesehatan reproduksi daerah, maka tim tersebut dapat segera berfungsi melaksanakan kegiatan PPAM kesehatan reproduksi pada situasi bencana
- Apabila belum terbentuk, maka koordinator harus mengidentifikasi dan mengkoordinir, untuk bekerjasama

dengan organisasi atau lembaga penggiat kesehatan reproduksi baik lokal, nasional maupun internasional dan membentuk sub kluster kesehatan reproduksi

- Pengelompokan anggota sub kluster kesehatan reproduksi dilakukan berdasarkan kegiatan atau kontribusi yang dapat diberikan oleh organisasi atau lembaga untuk masing-masing komponen PPAM.
- Perlu diketahui kemungkinan satu organisasi atau lembaga tidak hanya terlibat dalam satu komponen saja, karena terdapat bagian-bagian yang saling berkaitan antar satu komponen dengan komponen lainnya (*cross cutting*), misalnya: korban kekerasan seksual dapat terpapar IMS, dalam hal ini melibatkan dua komponen PPAM yakni komponen kekerasan berbasis gender dan komponen pencegahan penularan HIV.
- Pelaksanaan kegiatan sub kluster kesehatan reproduksi harus terintegrasi dengan kegiatan yang dikoordinir oleh kluster kesehatan setempat. Apabila terdapat masalah kesehatan reproduksi yang tidak dapat ditangani di tingkat kabupaten/kota, maka perlu didukung oleh sub kluster kesehatan reproduksi di tingkat provinsi. Demikian pulajika sub kluster kesehatan reproduksi di tingkat provinsi tidak dapat menangani, maka akan didukung oleh tingkat pusat.

Gambar 9. Alur Penanganan Masalah Kesehatan Reproduksi pada Fase Tanggap Darurat Situasi Krisis Kesehatan



3. Mensosialisasikan PPAM kesehatan reproduksi dan menyusun rencana kerja

PPAM kesehatan reproduksi belum banyak diketahui oleh pelaku yang bergerak di bidang kebencanaan di tingkat provinsi/kabupaten/kota, meskipun berbagai upaya sosialisasi dan pelatihan PPAM telah dilakukan. Untuk itu, sosialisasi harus dilakukan pada pra, saat dan pascakrisis kesehatan.

- Pada pra dan pascakrisis kesehatan dilakukan:

- ☑ Advokasi: isu kesehatan reproduksi menjadi isu prioritas pada krisis kesehatan
 - ☑ Sosialisasi: penyebaran informasi melalui pertemuan koordinasi
 - ☑ Pelatihan dan orientasi PPAM (hanya dilakukan pada pra dan pascakrisis kesehatan).
- Pada saat krisis kesehatan: yang dilakukan adalah pengenalan singkat tentang PPAM dengan menggunakan *cheat sheet*/bagan tujuan pelaksanaan PPAM yang berisi tentang tujuan/komponen PPAM, langkah-langkah pelaksanaan komponen PPAM dan daftar kit kesehatan reproduksi yang telah diterangkan pada Bab 3.

4. Melakukan pertemuan rutin sub klaster kesehatan reproduksi dan melaporkan kepada koordinator klaster kesehatan

- Rapat koordinasi bertujuan untuk melaporkan kemajuan kegiatan, meningkatkan koordinasi, dan mengatasi permasalahan sumber daya pada sub klaster tersebut.
- Rapat koordinasi pada prakrisis kesehatan dilakukan sesuai dengan waktu yang telah disepakati oleh anggota sub klaster kesehatan reproduksi dengan mempertimbangkan aspek frekuensi dan skala bencana (misalnya: 3 bulan sekali atau 6 bulan sekali). Sedangkan pada situasi tanggap darurat krisis kesehatan, rapat dilakukan setiap hari, pagi dan sore hari dengan frekuensi yang semakin berkurang seiring dengan situasi yang berangsur normal.

Tabel 8. Jadwal Rapat Sub Klaster Kesehatan

Jenis rapat	Prakrisis	Tanggap darurat	Pascakrisis
Sub Klaster	Sesuai kesepakatan	Sehari 1x, sesuai kesepakatan	Sesuai kesepakatan
Pleno dengan semua klaster	Sesuai kesepakatan	Sehari 1x, sesuai kesepakatan	Sesuai kesepakatan

- Koordinator sub klaster kesehatan reproduksi harus memiliki data sekunder yang diperoleh dari koordinator klaster kesehatan yang diambil dari posko BPBD di wilayah bencana tersebut, adapun data yg dikumpulkan sebagai berikut:

1) Informasi dasar (jumlah kelompok rentan)

Informasi dasar yang harus dikumpulkan meliputi data demografi dan kesehatan kelompok rentan yang terkena dampak. Jika pada awal tanggap darurat krisis kesehatan sulit mendapatkan data sasaran kesehatan reproduksi seperti jumlah Wanita Usia Subur (WUS), ibu hamil, pria yang aktif seksual dan lain sebagainya, maka data tersebut dapat diestimasi secara statistik dari jumlah pengungsi. Pada fase awal bencana, data populasi khusus (ibu hamil, ibu melahirkan, wanita usia subur dll) dapat dihitung dengan menggunakan estimasi sebagai berikut:

Tabel 9. Penghitungan Estimasi Jumlah Sasaran Kesehatan Reproduksi

No.	Variabel	Rumus	Contoh	Catatan
1	Angka Kelahiran Kasar (Crude Birth Rate/ CBR)	Jumlah bayi yang lahir per 1000 penduduk dalam waktu 1 tahun	CBR 23/1000 Jumlah pengungsi 10,000	Bila tidak ada data CBR, bisa memakai estimasi sebesar 4% (biasanya terlalu besar untuk Indonesia) CBR 23/1000 (SDKI,2012)
2	Wanita usia subur	25% dari jumlah penduduk/pengungsi	25% x 10,000 = 2,500	Estimasi WUS berdasarkan proyeksi penduduk Indonesia Tahun 2010-2035 sebesar 26,8%
3	Estimasi jumlah Ibu hamil			
A	Estimasi jumlah kelahiran hidup dalam 1 tahun	CBR x Jumlah pengungsi = (a)	23/1000 x 10,000 = 230	4/100 x 10,000 = 400 (jika tidak ada data CBR)
B	Estimasi jumlah kelahiran per bulan	(a): 12	230 : 12 = 19	400 : 12 = 33 (jika tidak ada data CBR)
C	Estimasi jumlah kehamilan yang berakhir dengan lahir mati atau keguguran (estimasi 20% dari kehamilan atau 25% dari kelahiran hidup)	(a)x 0.25	230 x 0,25 =58	400x 0.25 = 100 (jika tidak ada data CBR)
D	Estimasi jumlah kehamilan dalam 1 tahun	(a) + (c) = (d)	230 + 58 = 288	400 + 100 = 500 (jika tidak ada data CBR)
E	Estimasi jumlah ibu hamil pada satu bulan tertentu (70% dari d)	70% x (d)	70% x 288 = 202	70% x 500 = 350 (jika tidak ada data CBR)

- 2) Hasil penilaian kebutuhan awal, dipergunakan untuk:
 - Menilai kondisi fasilitas pelayanan kesehatan (fungsi, kelayakan) termasuk untuk pelayanan kegawatdaruratan maternal neonatal
 - Menilai kondisi tenaga kesehatan di area terdampak (jumlah tenaga, kondisi dan jenis tenaga kesehatan yang ada)
 - Menilai ketersediaan alat kesehatan, obat-obatan dan bahan habis pakai untuk menunjang pelayanan kesehatan reproduksi
- 3) Penyusunan dan pelaksanaan rencana intervensi

Setelah melakukan pengumpulan data sasaran kesehatan reproduksi dan penilaian kebutuhan awal, disusun rencana respon PPAM di situasi krisis kesehatan. Pelaksanaan rencana intervensi dilakukan sesuai dengan data dan hasil penilaian serta kondisi di lapangan.
- 4) Monitoring pelaksanaan intervensi

Masing-masing penanggungjawab komponen PPAM menyampaikan kegiatan yang telah dilakukan seperti kegiatan pada komponen maternal neonatal: pelayanan *mobile clinic*, pelayanan antenatal dan distribusi kit individu untuk ibu hamil (kit ibu hamil) dengan pascapersalinan (kit ibu pascapersalinan) dengan menggunakan formulir yang telah disepakati (lihat lampiran).

4. Mengikuti pertemuan rutin klaster kesehatan dan menyampaikan hasilnya kepada anggota sub klaster kesehatan reproduksi

- Koordinator sub klaster kesehatan reproduksi mengikuti pertemuan rutin klaster kesehatan untuk menyampaikan kemajuan kegiatan-kegiatan PPAM yang dilakukan, maupun kendalanya. Hasil pertemuan tersebut kemudian diteruskan kepada anggota sub klaster kesehatan reproduksi dalam rapat sub klaster.
- Untuk koordinasi teknis, koordinator perlu mengetahui alur pengajuan permohonan dana siap pakai bencana ke BPBD. Dana siap pakai terdapat di BNPB/BPBD yang pengajuannya bisa melalui dinas kesehatan/koordinator klaster kesehatan setempat, merujuk pada Peraturan Kepala Badan Nasional Penanggulangan Bencana No 6.A Tahun 2011 tentang Pedoman Penggunaan Dana Siap Pakai pada Status Keadaan Darurat Bencana.

5. Memastikan terdapat pelayanan kesehatan reproduksi pada tempat pengungsian

Pelayanan kesehatan reproduksi pada situasi krisis kesehatan harus tetap dilaksanakan. Pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi pada tempat pengungsian harus berkoordinasi dengan lintas sektor terkait, misal: klaster pengungsian dan perlindungan dan klaster kesehatan. Pastikan terdapat pelayanan kesehatan reproduksi pada tempat pengungsian, minimal mencakup layanan sebagai berikut:

- 1) Pelayanan medis korban kekerasan seksual dan rujukannya
- 2) Pelayanan kesehatan maternal neonatal
- 3) Pelayanan persalinan dan kegawatdaruratan maternal neonatal
- 4) Pelayanan rujukan bila diperlukan
- 5) Pencegahan dan pengobatan IMS dan HIV

- 6) Apabila sumber daya tersedia maka diberikan pelayanan kesehatan reproduksi lainnya, seperti pelayanan pemeriksaan kehamilan (ANC), pelayanan nifas, pelayanan kontrasepsi dan KB, Pelayanan kesehatan reproduksi remaja (PPAM Remaja), dsb.

Saat merencanakan pengadaan layanan kesehatan reproduksi, koordinator sub kluster harus berkoordinasi dengan pelaksana/petugas di lapangan untuk memastikan:

- (1) Tersedianya tempat konsultasi dan pelayanan yang menjamin privasi dan kerahasiaan pasien.
- (2) Tersedianya SOP pelayanan yang jelas.
- (3) Tersedianya peralatan medis, penunjang dan logistik memadai yang sesuai standar.
- (4) Tersedianya pelayanan dan mekanisme rujukan ke rumah sakit 24 jam sehari/7 hari seminggu.
- (5) Pemberian informasi tentang ketersediaan pelayanan kesehatan reproduksi, yang berisi tentang jenis pelayanan, lokasi dan jadwal pelayanan. Gunakan media komunikasi yang sesuai dengan situasi dan kondisi setempat (misalnya melalui bidan, kader kesehatan, tokoh masyarakat, pesan di radio atau medialain seperti spanduk atau papan pengumuman).
- (6) Petugas pemberi pelayanan yang kompeten.
- (7) Penyediaan layanan kesehatan reproduksi yang terintegrasi dengan mengoptimalkan pelayanan di satu tempat yang dimanfaatkan untuk penyuluhan/konseling dan ruang pelayanan.

6. Mengkoordinir ketersediaan dan distribusi logistik kesehatan reproduksi

- Melalui hasil penilaian kebutuhan awal dapat ditentukan kebutuhan akan ketersediaan logistik kesehatan reproduksi. Perlu dipastikan:
 - 1) jumlah dan jenis kit individu yang dibutuhkan dan mendistribusikannya sesuai dengan sasaran (daftar kit individu terdapat di lampiran 1).
 - 2) tersedianya kit persalinan di lapangan yang akan dipergunakan oleh bidan atau dokter untuk pertolongan persalinan pada saat fasilitas pelayanan kesehatan tidak/belum berfungsi.
 - 3) ketersediaan kit kesehatan reproduksi hanya apabila terjadi bencana berskala besar dimana sebagian besar fasilitas pelayanan kesehatan tidak dapat berfungsi.
 - 4) tersedianya peralatan penunjang pelayanan kesehatan reproduksi yang diintegrasikan dengan pelayanan kesehatan. Apabila tidak/belum ada, maka perlu dikoordinasikan ketersediaannya segera.
- Koordinator kesehatan reproduksi harus memastikan bahwa obat, bahan habis pakai dan alat kesehatan yang tersedia pada kit, dapat terintegrasi ke dalam pelayanan pos kesehatan di lapangan.
- Apabila daerah terdampak bencana tidak terdapat kit kesehatan reproduksi dan tidak dapat mengadakan kit tersebut secara mandiri, maka dinas kesehatan setempat dapat mengajukan permohonan bantuan penyediaan kit kesehatan reproduksi kepada Kementerian Kesehatan.
- Pada saat mengajukan permohonan bantuan, perlu dilakukan: hitung jumlah sasaran kelompok rentan, rencanakan pendistribusian dengan mempertimbangkan kondisi geografis dan infrastruktur yang ada, rencana alat transportasi yang akan digunakan dan gudang tempat penyimpanan sementara. Informasi lebih lanjut tentang logistik kesehatan reproduksi dapat merujuk pada buku Pedoman Dukungan Logistik untuk Pelaksanaan PPAM.

BAB 5

MENCEGAH DAN MENANGANI KEKERASAN SEKSUAL



Pada situasi bencana dimana keadaan tidak stabil, potensi terjadinya kekerasan seksual dapat meningkat terutama saat situasi mulai mengarah pada terjadinya konflik sosial. Pencegahan dan penanganan kasus kekerasan seksual menjadi salah satu prioritas dalam PPAM untuk meyakinkan tanggap darurat yang mengatasi kerentanan perempuan sejak awal krisis dan upaya perlindungan yang memadai bilamana kekerasan terjadi. Kekerasan seksual mempunyai dampak fisik dan psikologis jangka panjang dan dapat mengancam jiwa bila tidak ditangani dengan baik. Kekerasan seksual berpotensi terjadi di berbagai tempat, misalnya di pengungsian pada saat mengakses toilet umum dan kebutuhan air bersih untuk keperluan domestik. Kelompok yang berisiko mengalami kekerasan seksual pada krisis kesehatan adalah:

- Perempuan yang kehilangan anggota keluarga
- Perempuan sebagai kepala keluarga
- Anak laki-laki / perempuan yang kehilangan anggota keluarga
- Laki-laki / perempuan yang berkebutuhan khusus (penyandang disabilitas) dll

Langkah-langkah yang harus dilakukan pada pencegahan dan penanganan kekerasan seksual adalah

1. Melakukan advokasi kepada BPBD dan dinas sosial melalui koordinator kluster kesehatan untuk dukungan mencegah terjadinya kekerasan seksual melalui manajemen tenda atau penampungan sementara yang aman
2. Melibatkan perempuan di pengungsian dan lembaga/organisasi yang bergerak di bidang pemberdayaan perempuan dalam pencegahan dan penanganan kekerasan seksual
3. Berkoordinasi dengan BPPD dan dinas sosial untuk penyediaan fasilitas untuk melanjutkan kehidupan seksual yang sehat di lokasi pengungsian bagi pasangan suami istri yang sah, yang sesuai dengan budaya setempat atau kearifan lokal dan melindungi privasi
4. Memastikan tersedianya pelayanan kesehatan dan petugas yang kompeten untuk penanganan kasus kekerasan seksual
5. 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
6. Berkoordinasi dengan lintas sektor terkait untuk memastikan adanya mekanisme rujukan untuk dukungan psikososial, bantuan hukum, perlindungan penyintas dan layanan lainnya

1. Melakukan advokasi kepada BPBD dan dinas sosial melalui koordinator kluster kesehatan untuk dukungan mencegah terjadinya kekerasan seksual melalui manajemen tenda pengungsian yang aman

Berikut adalah hal-hal yang disampaikan kepada BPPD dan dinas sosial untuk mendukung pencegahan terjadinya kekerasan seksual melalui manajemen tenda pengungsian yang aman:

- 1) Perlindungan: penempatan petugas keamanan dengan jumlah berimbang antara petugas laki-laki dan perempuan serta mengaktifkan sistem keamanan oleh masyarakat. Keamanan di tempat pengungsian penting dilakukan untuk melindungi kelompok rentan dari risiko kekerasan seksual. Penjagaan untuk perlindungan/keamanan berlangsung 24 jam/7 hari.

- 2) Pendidikan: pada situasi bencana pendidikan bagi anak perempuan dan laki-laki harus tetap berjalan dengan mempertimbangkan pengaturan keamanan seperti akses ke lokasi belajar, lingkungan belajar, dan waktu belajar sehingga anak terlindung risiko kekerasan seksual.
- 3) Air dan Sanitasi: perempuan menggunakan toilet lebih lama daripada laki-laki dan pekerjaan domestik seperti mengambil air bersih dan mencuci pakaian banyak dikerjakan oleh perempuan. Perlu dipertimbangkan pengaturan dalam:
 - (1) Menempatkan toilet pada tempat yang tidak terlalu jauh dari lokasi pemukiman/tenda dan menyediakan toilet yang aman:
 - Toilet harus terpisah antara laki-laki dan perempuan
 - Toilet perempuan dan laki-laki sebaiknya tidak berdekatan
 - Akses menuju toilet mempunyai penerangan yang cukup
 - Toilet mempunyai lampu atau penerangan yang cukup
 - Pintu toilet harus dapat di kunci dari dalam.
 - Jumlah toilet perempuan lebih banyak dari toilet laki-laki, sehingga tidak terjadi antrian yang panjang
 - (2) Menyediakan tempat mandi, cuci dan air bersih terpisah bagi perempuan dan laki-laki
- 4) Manajemen tenda atau penampungan sementara: pada saat pembentukan manajemen tenda atau penampungan sementara harus mempertimbangkan kebutuhan kelompok rentan, dengan cara:
 - Menempatkan satu keluarga berada dalam tempat/tenda yang sama
 - Menempatkan perempuan yang menjadi kepala keluarga dan anak yang terpisah dari keluarga pada satu tempat yang sama berada dekat dengan pos keamanan. Apabila tidak memungkinkan, mereka ditempatkan pada satu tenda yang sama dan dapat diberikan sekat (berdekatan).

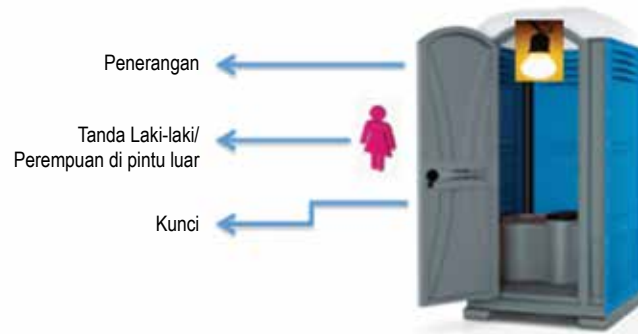
Gambar 10. Contoh Pengungsian dengan Sekat



Gambar 11. Contoh Tenda Keluarga



Gambar 12. Contoh kamar mandi dengan pintu yang dapat dikunci dan penerangan cukup (aman)



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

Perempuan harus dilibatkan untuk menjadi kelompok yang aktif dalam proses perencanaan dan pengambil keputusan di masyarakat, sehingga kebutuhan kelompok perempuan dapat terpenuhi dan mengurangi risiko terjadinya kekerasan seksual.

3. Berkoordinasi dengan BPBD dan dinas sosial untuk penyediaan fasilitas untuk melanjutkan kehidupan seksual yang sehat di lokasi pengungsian bagi pasangan suami istri yang sah, sesuai dengan budaya setempat atau kearifan lokal dan privasi

Pada situasi krisis kesehatan, masyarakat mungkin tinggal di pengungsian dalam waktu yang lama didalam tenda yang terdiri dari satu keluarga atau lebih. Pada kondisi ini pasangan suami istri sulit untuk melanjutkan kehidupan seksual yang sehat. Untuk itu dibutuhkan fasilitas untuk pemenuhan kebutuhan seksual tersebut. Penanggung jawab kekerasan berbasis gender perlu:

- 1) Berkoordinasi dengan tokoh masyarakat dan pengungsi setempat untuk mendiskusikan fasilitas apa yang sesuai kebutuhan mereka termasuk pengaturannya.
- 2) Berkoordinasi dengan koordinator sub kluster kesehatan reproduksi, untuk mendiskusikan tentang penyediaan fasilitas tersebut dengan koordinator kluster kesehatan dan kluster perlindungan dan pengungsian

4. Memastikan tersedianya pelayanan kesehatan dan petugas yang kompeten untuk penanganan kasus kekerasan seksual

Dalam upaya menyediakan pelayanan kesehatan pada penanganan kasus kekerasan seksual dilakukan hal-hal sebagai berikut:

- 1) Menyediakan tempat pelayanan yang menjamin privasi dan kerahasiaan penyintas perkosaan
- 2) Memastikan SOP yang jelas serta tersedia peralatan dan logistik yang memadai
- 3) Memastikan setiap penyintas mendapatkan pelayanan medis segera sesuai kebutuhan
- 4) Memastikan tenaga kesehatan memberikan pelayanan kekerasan seksual di tempat pengungsian, dengan melakukan observasi sebagai berikut:

Tabel 10. Ceklis Pelayanan Medis bagi Penyintas

No	Ceklis Pelayanan Medis bagi Penyintas	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: <ul style="list-style-type: none"> • Kontrasepsi darurat • Pencegahan IMS • Profilaksis pascapajanan untuk mencegah penularan HIV • Obat perawatan luka dan pencegahan tetanus • Pencegahan hepatitis B 		
6	Melakukan dukungan psikologis awal (<i>Psychological First Aid</i>)		
7	Merujuk untuk pelayanan lebih lanjut, misalnya kesehatan, psikologis dan sosial		

- 5) Memastikan dalam memberikan respon kepada penyintas kekerasan seksual, tenaga kesehatan menerapkan pedoman prinsip yaitu keselamatan, kerahasiaan, menghormati dan non diskriminasi.

- 6) Penanggung jawab harus melakukan prosedur **penyiapan klinik**, dengan memperhatikan hal-hal berikut:
- (1) Memberikan pelayanan 24/7 (24 jam/7hari)
 - (2) Area konsultasi pribadi
 - (3) Lemari arsip yang aman, terkunci
 - (4) Jangan membuat korban menunggu
 - (5) Memastikan semua peralatan siap
 - (6) Memberikan penjelasan kepada penyintas tentang pelayanan yang akan diberikan dan meminta persetujuan (*informed concern*) sebelum melakukan tindakan/intervensi medis kepada penyintas.
 - (7) Menyediakan informasi pasien (pelayanan yang tersedia, waktu mengakses pelayanan, lokasi pelayanan dan kontak yang dapat dihubungi saat dalam keadaan darurat)
 - (8) Memberikan pakaian baru/ganti saat diperlukan
- 7) Memastikan pelayanan *Psychological First Aid* (PFA) atau dukungan psikologis awal, untuk mengurangi serta mencegah munculnya dampak yang lebih buruk terkait masalah kesehatan jiwa dan psikosial. Selain itu tenaga kesehatan juga diharapkan mampu membuat rencana tindak lanjut dari penanganan awal ini, seperti melakukan identifikasi dini, melakukan rujukan apabila diperlukan.
- 8) Memastikan apabila penyintas perlu dirujuk untuk mendapatkan pelayanan lebih lanjut, koordinator harus memastikan ketersediaan layanan di fasilitas pelayanan kesehatan yang dituju untuk memfasilitasi proses rujukan tersebut.
- 9) Sebelum memberikan layanan bagi penyintas, penting untuk disiapkan hal-hal berikut ini :
- Memastikan kerahasiaan: seluruh staf menandatangani "*code of conduct*"/kode etik dan aturan pegawai dan safer *access*/panduan keselamatan.
 - Pastikan petugas kesehatan dilatih dalam memberikan perawatan pascaperkosaan, memiliki informasi yang benar, menguasai bahasa setempat.
 - Petugas kesehatan sebaiknya memiliki jenis kelamin yang sama/disertai 1 orang pendamping apabila pemeriksa bukan dari jenis kelamin yang sama dengan penyintas, pastikan bahwa ada pendamping terlatih yang berjenis kelamin sama dengan penyintas.
 - Penyintas diijinkan untuk ditemani oleh orang yang dipercaya pada saat pemeriksaan dilakukan.
 - Pengaturan ruangan:
 - o Ruang khusus, dengan semua peralatan siap, sehingga tidak harus keluar masuk untuk mencari alat. Hindari terlalu banyak orang di dalam ruangan
 - o Ruang harus memiliki akses yang mudah ke kamar mandi dan air mengalir.

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

Sebagai upaya perlindungan perempuan dan anak dari terjadinya kekerasan seksual maka penanggung jawab komponen kekerasan berbasis gender harus memastikan:

- 1) Tersedianya informasi tentang adanya pelayanan bagi penyintas perkosaan kepada masyarakat. Informasi diletakkan ditempat yang mudah terlihat, bisa di toilet atau di tempat tempat lain disekitar pengungsian.

Gambar 13. Contoh informasi layanan

Pengaduan dan Penanganan Kekerasan Terhadap Perempuan dan Anak 24 Jam	
Nomor telpon pengaduan 24 Jam	: +62 21
Layanan SMS	: 08...
Layanan telpon/Call centre	:
Alamat	:
Website layanan yang tersedia	:
Media sosial (WhatsApp/LINE)	:

- 2) Adanya penyebarluasan informasi tentang pencegahan kekerasan seksual kepada masyarakat melalui media informasi seperti, *banner* atau benda lain yang bermanfaat yang memuat pesan tentang pencegahan kekerasan terhadap perempuan dan anak seperti kipas kertas atau baju kaos.
- 3) Tersedianya pemberian KIE tentang pencegahan kekerasan seksual kepada kelompok sasaran perempuan dan anak, baik secara langsung, melalui radio atau media komunikasi lain.
- 4) Tersedianya alat bantu perlindungan diri seperti:
 - a. Radio yang dapat di isi ulang melalui tenaga matahari, apabila tidak ada sumber listrik bagi setiap keluarga. Radio dapat dijadikan sarana untuk mendapatkan informasi yang efektif di pengungsian, termasuk informasi pencegahan kekerasan seksual.
 - b. Peluit, yang harus selalu dikenakan dengan mengalungkannya di leher. Apabila terjadi ancaman bahaya, peluit ditiup untuk mendapatkan pertolongan segera. Ajarkan bagaimana dan kapan peluit digunakan agar tidak salah penggunaan. Pastikan peluit tidak dimainkan terutama oleh anak anak.
 - c. Senter, digunakan untuk memberikan bantuan penerangan pada malam hari, utamanya apabila ke luar tenda seperti pergi ke toilet, tempat air bersih dll.

6. Berkoordinasi dengan lintas sektor terkait untuk memastikan adanya mekanisme rujukan untuk dukungan psikososial, bantuan hukum, perlindungan penyintas dan layanan lainnya

Setiap penyintas kekerasan seksual pasti membutuhkan lebih dari satu layanan. Upaya minimal yang dilaksanakan pada penanganan kekerasan seksual, perlu 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
- 5) Sektor lain KPP - PA, BKKBN, Kemendikbud
- 6) Organisasi/lembaga yang berfokus di permasalahan perempuan, Lembaga Swadaya Masyarakat dan Komnas Perempuan
- 7) Anggota masyarakat atau kelompok-kelompok yang sudah terbentuk dalam masyarakat, tokoh-tokoh masyarakat, misalnya pemimpin agama, kepala desa
- 8) Para penegak hukum (kepolisian, pendamping hukum, jaksa dan hakim)

Setelah mendapatkan pelayanan medis, pastikan penyintas kekerasan seksual berada ditempat yang aman dan rahasia. Untuk itu penanggung jawab perlu berkoordinasi dengan klaster perlindungan dan pengungsian. Pastikan penyintas mempunyai pendamping yang akan membantunya dalam mengakses setiap layanan yang dibutuhkan.

BAB 6

MENCEGAH PENULARAN HIV



Pada situasi bencana dapat terjadi peningkatan risiko penularan HIV karena faktor-faktor sebagai berikut, misalnya: 1) kesulitan dalam menerapkan praktik kewaspadaan standar karena keterbatasan alat dan bahan, 2) terjadinya peningkatan kasus kekerasan seksual yang berpotensi menularkan HIV. 3) terjadinya peningkatan risiko transfusi darah yang tidak aman, 4) terjadi hubungan seksual tidak aman.

HIV dapat ditularkan melalui:

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

Pencegahan penularan HIV pada situasi krisis kesehatan difokuskan kepada:

1. Petugas kesehatan
2. Penyintas kekerasan seksual
3. Penerima donor darah baik untuk korban luka maupun untuk ibu bersalin yang mengalami perdarahan

PRIORITAS PENCEGAHAN PENULARAN HIV

1. Memastikan kegiatan transfusi darah aman dan rasional yang dilakukan oleh lembaga/organisasi yang bergerak di bidangnya, misalnya: Palang Merah Indonesia (PMI)
2. Menekankan pentingnya kewaspadaan standar sejak awal dimulainya koordinasi dan memastikan penerapannya
3. Memastikan ketersediaan dan pemberian profilaksis pascapajanan
4. Memastikan ketersediaan kondom melalui koordinasi dengan organisasi dan lembaga yang bekerja di bidang kesehatan reproduksi dan keluarga berencana (pemerintah dan non pemerintah)
5. Memastikan pemberian obat ARV dan IMS terutama pada perempuan yang terdaftar dalam program PPIA (Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak)
6. Memasang informasi dengan nomor telepon yang bisa dihubungi 24 jam untuk kelanjutan pengobatan ARV bersama dengan obat rutin lainnya.

Langkah-langkah/kegiatan yang dilakukan untuk mencegah penularan HIV adalah:

- 1. Memastikan kegiatan transfusi darah aman dan rasional yang dilakukan oleh lembaga/organisasi yang bergerak dibidangnya, misalnya: Palang Merah Indonesia (PMI)**
 - 1) Pastikan darah berasal dari lembaga yang resmi yaitu Unit Transfusi Darah (UTD) PMI, UTD Pemerintah serta BDRS (Bank Darah Rumah Sakit) untuk menjamin darah aman digunakan dan dilakukan di fasilitas kesehatan yang mempunyai perlengkapan dan tenaga kesehatan yang kompeten. Apabila hal tersebut tidak terpenuhi, transfusi darah tidak boleh dilakukan.

- 2) Lakukan koordinasi untuk mengetahui *contact person*/penanggung jawab yang dapat dihubungi di UTD PMI dan UTD Pemerintah serta BDRS setempat untuk pemantauan ketersediaan darah.
- 3) Perhatikan prinsip pelaksanaan transfusi darah yang rasional meliputi:
 - (1) Transfusi darah hanya dilakukan untuk keadaan yang mengancam nyawa dan tidak ada alternatif lain
 - (2) Menggunakan obat-obatan untuk mencegah atau mengurangi perdarahan aktif (misalnya Oksitosin, Asam Tranexamat,dll)
- 4) Lakukan koordinasi dengan puskesmas atau rumah sakit untuk penyediaan dan penggunaan cairan pengganti darah seperti cairan pengganti berbasis kristaloid.

2. Menekankan pentingnya kewaspadaan standar sejak awal dimulainya koordinasi dan memastikan penerapannya

- 1) Berkoordinasi dengan organisasi atau lembaga mitra sektor kesehatan terkait untuk memastikan penerapan kewaspadaan standar tetap dilakukan setiap saat, meskipun pada situasi krisis kesehatan.
- 2) Berkoordinasi dengan klaster kesehatan untuk penyediaan alat-alat, bahan dan media KIE untuk penerapan kewaspadaan standar (misalnya, masker, sarung tangan, apron, sepatu boot, leaflet, poster, dll) kepada tenaga kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan, dan posko-posko kesehatan.

3. Memastikan ketersediaan dan pemberian profilaksis pascapajanan

- 1) Memastikan ketersediaan Profilaksis Pasca Pajanan (PPP) di layanan kesehatan
- 2) Memastikan petugas mengetahui PPP sebagai paket tindakan pencegahan standar untuk mengurangi risiko penularan infeksi di tempat kerja (mengidentifikasi dan menentukan petugas yang bertanggung jawab untuk melayani kebutuhan PPP)
- 3) Pasang pengumuman/informasi tentang cara-cara pertolongan pertama di ruang-ruang kerja dan informasikan kepada semua petugas bagaimana mengakses perawatan untuk keterpaparan.
- 4) Menyelenggarakan sesi orientasi di pelayanan kesehatan mengenai tindakan kewaspadaan standar untuk para petugas kesehatan dan petugas lain.
- 5) Menetapkan sistem pengawasan dan melakukan observasi dengan menggunakan daftar tilik (*check list*) sederhana untuk memastikan kepatuhan terhadap kewaspadaan standar, misalnya dengan memperhatikan kebiasaan cuci tangan, pembuangan limbah tajam, cara membersihkan tumpahan darah dan cairan tubuh lainnya, dll.

Pada sumber pajanan maupun korban pajanan harus dilakukan tes HIV sebagai dasar penentuan PPP, tetapi waktunya tidak boleh terlalu lama yaitu **paling lama 3 hari**.

Jika sumber pajanan tidak diketahui, biasanya PPP hanya diberikan pada kasus yang sifatnya berat, misalnya: lesi akibat jarum berlubang besar, tusukan yang dalam dan kontak dengan darah yang terlihat pada alat medis (misalnya gunting, jarum, dll), pajanan pada membran mukosa non-genital atau kulit yang tidak utuh, serta pajanan terhadap darah atau cairan sperma yang berjumlah banyak.

4. Memastikan ketersediaan kondom melalui koordinasi dengan organisasi dan lembaga yang bekerja di bidang kesehatan reproduksi dan keluarga berencana (pemerintah dan non pemerintah)

Koordinator perlu memastikan tersedianya kondom sejak masa awal tanggap darurat krisis kesehatan, karena kondom mampu mencegah penularan IMS dan HIV, melalui koordinasi antara Dinkes, BKKBN, atau lembaga lain.

- 1) Pastikan pemberian kondom harus dilakukan sesuai dengan budaya masyarakat setempat (misalnya: melalui fasilitas kesehatan setempat). Kondom diberikan pada kelompok seksual aktif, penderita IMS dan HIV, kelompok berisiko tinggi tertular IMS dan HIV.
- 2) Berikan informasi cara penggunaan kondom kepada masyarakat yang belum mengetahui cara penggunaannya. Untuk kondom perempuan, sebaiknya tidak disediakan apabila masyarakat belum mengenal dan mengetahuinya.

5. Memastikan pemberian obat ARV dan IMS terutama pada perempuan yang terdaftar dalam program PPIA (Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak)

- 1) Memastikan ketersediaan data ODHA, layanan ARV dan layanan HIV/AIDS lainnya di wilayah tersebut. Data dapat diperoleh dari puskesmas, LSM atau kelompok dukungan sebaya yang menjadi pendamping minum obat ARV. Pemberian ARV dapat dilakukan di puskesmas dan rumah sakit oleh petugas kesehatan yang terlatih.
 - (1) Puskesmas: memberikan ARV untuk orang dengan HIV AIDS (ODHA) tanpa komplikasi.
 - (2) Rumah Sakit:
 - a. Memberikan ARV untuk ibu hamil dengan HIV
 - b. Memberikan ARV profilaksis untuk bayi yang lahir dari ibu HIV,
 - c. Pasien yang memiliki infeksi oportunistik dirawat di rumah sakit.
- 2) Pastikan saat krisis kesehatan pemberian ARV tidak boleh terputus oleh karena itu penanggung jawab komponen pencegahan HIV/AIDS harus berkoordinasi dengan penyedia layanan ARV.

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

Informasi ketersediaan ARV maupun obat lainnya perlu diketahui oleh ODHA, untuk memudahkan akses terhadap terapinya. Penanggung jawab komponen pencegahan HIV/AIDS mengkoordinasikan:

- 1) Di setiap layanan kesehatan ditempatkan papan informasi terkait nama petugas, nomor kontak dan lokasi untuk mengakses ARV dan obat penunjang lainnya
- 2) Diumumkan atau disosialisasikan pada pertemuan masyarakat di pengungsian tentang cara mengakses obat ARV dan obat penunjang lainnya.

BAB 7

MENCEGAH MENINGKATNYA KESAKITAN DAN KEMATIAN MATERNAL DAN NEONATAL



Ibu hamil, ibu pascapersalinan dan bayi baru lahir merupakan kelompok rentan, terlebih pada saat bencana. Mereka memiliki kebutuhan yang berbeda, sehingga diperlukan penanganan yang tersendiri, misalnya untuk pemenuhan kebutuhan gizi, pemantauan ibu hamil risiko tinggi, pemantauan ibu pasca-persalinan, dll. Pada situasi normal, Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia masih tinggi dan jumlah kematian akan dapat meningkat pada situasi krisis kesehatan sehingga upaya mencegah meningkatnya kesakitan dan kematian maternal dan neonatal harus menjadi prioritas penting.

Pada situasi krisis kesehatan, pelayanan kesehatan reproduksi ada kalanya tidak tersedia bahkan justru meningkat pada situasi bencana. Ibu hamil dapat melahirkan sewaktu-waktu dan bisa saja terjadi komplikasi, sehingga membutuhkan layanan kesehatan reproduksi berkualitas. Penanggung jawab komponen maternal neonatal harus berkoordinasi untuk memastikan setiap ibu hamil, ibu melahirkan dan bayi baru lahir mendapatkan pelayanan yang dibutuhkan.

LANGKAH PRIORITAS MENEGAH MENINGKATNYA KESAKITAN DAN KEMATIAN MATERNAL DAN NEONATAL:

1. Pendataan dan pemetaan ibu hamil, pascapersalinan dan bayi baru lahir di tempat-tempat pengungsian
2. Melakukan pemetaan puskesmas dan rumah sakit
3. Memastikan petugas dapat menjangkau ibu hamil dan ditempatkan di dalam satu tempat khususnya untuk ibu hamil yang akan melahirkan dalam waktu dekat
4. Berkoordinasi dengan subklaster gizi untuk ketersediaan konselor ASI di pengungsian
5. Memastikan ketersediaan pelayanan kegawatdaruratan maternal neonatal dan rujukan 24 jam/7hari
6. Memastikan asupan gizi yang cukup bagi kelompok rentan khususnya ibu hamil dan ibu menyusui, dan bayi baru lahir

Langkah-langkah/kegiatan yang dilakukan untuk mencegah meningkatnya kesakitan dan kematian maternal dan neonatal adalah

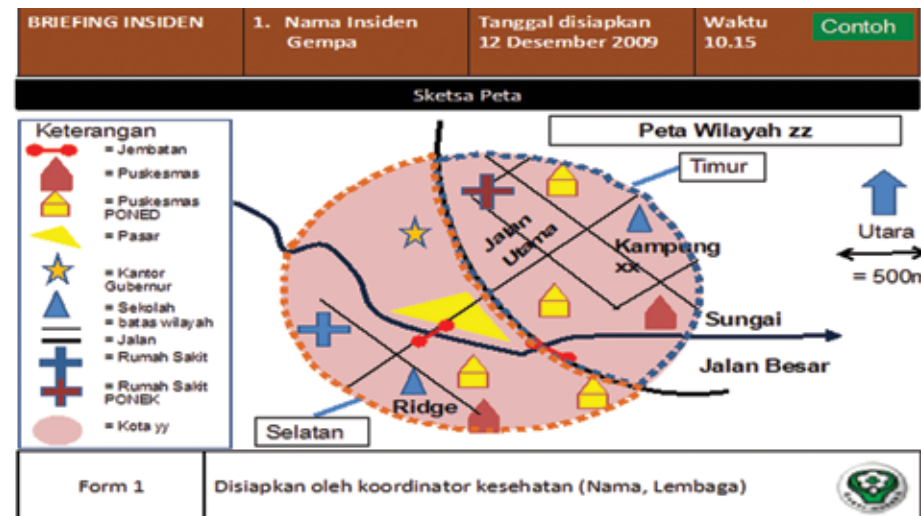
1. Pendataan dan pemetaan ibu hamil, ibu pascapersalinan dan bayi baru lahir di tempat-tempat pengungsian

Pendataan dan pemetaan ibu hamil, ibu pasca persalinan dan bayi baru lahir perlu dilakukan sejak awal bencana oleh penanggung jawab dengan keterlibatan aktif semua anggota sub klaster. Informasi tentang jumlah dan lokasinya digunakan untuk merencanakan penjangkauan pelayanan kesehatan dan pemantauan.

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

- 1) Kumpulkan data sekunder dari program KIA yang ada di puskesmas setempat.
- 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) Lakukan pembuatan peta tematik dengan metode tumpang susun (*overlay*). Overlay pada peta dilakukan terhadap beberapa data/indikator seperti jumlah ibu hamil, ibu pascapersalinan, jumlah bayi baru lahir. Indikator dapat ditambahkan sesuai dengan kebutuhan.
- 5) Lakukan pemetaan untuk perencanaan dan respon cepat dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi di lapangan.

Gambar 14. Contoh pemetaan wilayah



2. Melakukan Pemetaan Puskesmas dan Rumah Sakit

Pemetaan dan penilaian puskesmas rawat inap dan rumah sakit minimal kelas C dilakukan oleh penanggung jawab komponen maternal neonatal untuk mengetahui kemudahan akses dan kemampuan fasilitas pelayanan kesehatan dalam memberikan layanan kesehatan reproduksi sesuai dengan standar. Hal-hal yang harus diobservasi, antara lain adalah:

- 1) Kondisi bangunan terhadap kelayakan untuk memberikan pelayanan kesehatan reproduksi

- 2) Ketersediaan peralatan, obat-obatan dan sumber daya manusia, untuk mengetahui kemampuan fasilitas pelayanan kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi dan prosedur tepat melakukan rujukan: termasuk stabilisasi pasien.
- 3) Kondisi geografis, termasuk kemudahan dalam mengakses fasilitas pelayanan kesehatan dengan menghitung perkiraan waktu tempuh dan jarak tempuh. Apabila tidak memungkinkan untuk mengakses fasilitas pelayanan kesehatan dalam waktu singkat, perlu dipertimbangkan penggunaan *Public Safety Centre* (PSC 119). Pastikan adanya informasi tentang prosedur pelayanan kesehatan, yang menyebutkan kapan, dimana dan bagaimana merujuk pasien dengan kondisi kegawatdaruratan maternal dan/neonatal ke tingkat pelayanan kesehatan lebih lanjut.
- 4) Transportasi, ketersediaan transportasi dalam mengakses fasilitas pelayanan kesehatan tersebut dalam 24 jam terutama apabila akan merujuk kasus kegawatdaruratan maternal neonatal. Penanggung jawab komponen maternal neonatal memastikan ada petugas pendamping dan alat transportasi yang digunakan untuk merujuk. Pastikan stabilisasi pasien sudah dilakukan sebelum merujuk.

3. Memastikan petugas dapat menjangkau ibu hamil dan adanya tempat khusus ibu hamil yang akan melahirkan dalam waktu dekat

Penempatan ibu hamil dan bayi baru lahir di pengungsian menjadi penting karena terdapat risiko mengalami komplikasi 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 yang optimal dan memudahkan dalam pemantauan kesehatan. Penanggung jawab komponen maternal neonatal perlu memastikan bahwa:

- 1) Mengelompokkan ibu hamil pada trimester ketiga dan/atau yang memiliki risiko tinggi pada satu tempat yang berada dekat tempat pelayanan kesehatan.
- 2) Menyiapkan alat transportasi yang dapat digunakan sewaktu waktu untuk melakukan rujukan apabila terjadi kegawatdaruratan maternal neonatal. Persiapan transportasi termasuk kesiapan petugas, supir, bensin.
- 3) Menyediakan fasilitas yang mendukung kesehatan dengan memperhatikan keamanan serta kenyamanan sarana dan prasarana di dalam tempat pengungsian bagi ibu hamil dan bayi baru lahir (kecukupan air bersih, suhu ideal, sirkulasi udara yang baik, privasi yang terjaga, situasi yang kondusif bagi kondisi psikologis ibu hamil, dll).
- 4) Ibu hamil pada trimester ketiga diberikan kit individu (kit ibu hamil). Penjangkauan ibu hamil dan bayi baru lahir di pengungsian dapat memudahkan untuk pemberian layanan yang tepat dalam penanganan masalah kesehatan ibu hamil tersebut.
- 5) Pastikan tempat tertutup dalam melakukan ANC dan jika terdapat tanda-tanda bahaya kehamilan atau persalinan segera dirujuk.

- 6) Berikan edukasi kepada ibu, suami dan keluarga tentang tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan pascapersalinan, apabila ditemukan tanda bahaya segera menghubungi petugas kesehatan. Gunakan buku KIA untuk mengedukasi ibu, suami dan keluarga.

4. Berkoordinasi dengan subklaster gizi untuk ketersediaan konselor ASI di pengungsian

Sejak hamil, ibu dimotivasi untuk memberikan ASI kepada bayinya. Ibu pascapersalinan 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.

Penanggung jawab komponen maternal neonatal berkoordinasi dengan koordinator sub klaster kesehatan reproduksi berkoordinasi dengan sub klaster gizi untuk:

- Penyediaan tenaga konselor ASI bila dibutuhkan
- Menyiapkan pelaksanaan konseling ASI dilakukan berkelompok atau secara individu, disesuaikan dengan kondisi pengungsian dan jumlah ibu yang akan dikonseling
- Menyusun jadwal, waktu dan tempat pelaksanaan konseling ASI

5. Memastikan ketersediaan pelayanan kegawatdaruratan maternal neonatal dan rujukan 24 jam/7hari

- 1) Pada setiap kehamilan dapat terjadi komplikasi sewaktu waktu yang dapat mengakibatkan keadaan kegawatdaruratan maternal neonatal. Untuk itu penanggung jawab komponen maternal neonatal wajib memastikan tersedianya:
 - Petugas kesehatan terlatih dengan jadwal jaga 24 jam/7hari
 - Alat dan obat kegawatdaruratan tersedia
 - Sistem rujukan yang berfungsi (transportasi, radiokomunikasi, stabilisasi pasien, kesiapan fasilitas pelayanan kesehatan yang dituju)
- 2) 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 kegawatdaruratan maternal neonatal melalui bimbingan dan konsultasi ahli.
- 3) Pelayanan dan asuhan pasca keguguran.

6. Memastikan asupan gizi yang cukup bagi kelompok rentan khususnya ibu hamil dan menyusui, bayi baru lahir

Asupan gizi yang cukup dan baik harus dipenuhi untuk kelompok rentan khususnya ibu hamil, ibu menyusui dan bayi baru lahir. Ibu hamil dan ibu 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 ibu menyusui dengan cara berkoordinasi dengan koordinator sub klaster gizi dan klaster perlindungan dan pengungsiian 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) Apabila didapatkan ibu hamil dengan permasalahan gizi, penanggung jawab komponen maternal neonatal dapat berkoordinasi dengan sub klaster gizi dan sub klaster pelayanan kesehatan untuk Pemberian Makanan Tambahan (PMT) kepada ibu hamil dan ibu menyusui.

BAB 8

MERENCANAKAN PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI KOMPREHENSIF DAN TERINTEGRASI KE DALAM PELAYANAN KESEHATAN PRIMER PADA SITUASI STABIL PASCAKRISIS KESEHATAN



Setelah masa tanggap darurat berakhir, dukungan kesehatan reproduksi diarahkan untuk ketersediaan pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif 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 (mis. KIA-KB, IMS-HIV, kekerasan seksual, Kesehatan reproduksi remaja dll). Dengan demikian, lewat Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu (PKRT) tersedia *one stop services* layanan kespro berkualitas.

Koordinator sub klaster kesehatan reproduksi perlu merencanakan SDM, menyiapkan fasilitas pelayanan kesehatan serta sarana prasarana yang dibutuhkan sebelum masa tanggap darurat berakhir, agar pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif segera tersedia, dilaksanakan dan masyarakat dapat mengakses pelayanan tersebut.

LANGKAH PRIORITAS UNTUK PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI KOMPREHENSIF

1. Menyusun rencana pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif
2. Mengumpulkan data sasaran dan cakupan untuk persiapan pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif. Pada tanggap darurat krisis kesehatan, data dapat menggunakan estimasi dan setelah situasi normal, data menggunakan data riil
3. Mengidentifikasi fasilitas pelayanan kesehatan yang tepat untuk melaksanakan pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif
4. Menilai kapasitas petugas dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi yang komprehensif

Langkah-langkah yang harus dilakukan adalah sebagai berikut:

1. Menyusun rencana pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif

- 1) Mengidentifikasi kelompok sasaran rentan reproduksi dan jenis pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif yang dibutuhkan oleh masing-masing kelompok masyarakat terdampak.
- 2) Mengidentifikasi lokasi kelompok sasaran, memperkirakan waktu tinggal masyarakat terdampak untuk merencanakan ketersediaan pelayanan komprehensif sesuai kebutuhan sesegera mungkin.
- 3) Menetapkan lokasi pelayanan kesehatan yang menjadi sasaran kegiatan dengan memperhitungkan kemudahan akses serta mekanisme pelaksanaan pemberian pelayanan kesehatan.
- 4) Melakukan *self assessment* terhadap pelayanan yang diberikan apakah telah memenuhi kebutuhan masyarakat terdampak khususnya sasaran kesehatan reproduksi. Jika fasilitas tersebut baru dapat melakukan pelayanan untuk kesehatan ibu hamil dan keluarga berencana, maka perlu segera dilakukan upaya dalam menambah SDM, kemampuan petugas dan menyediakan sarana dan prasarana agar dapat memberikan pelayanan kesehatan reproduksi lainnya.

2. Mengumpulkan data sasaran dan cakupan untuk persiapan pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif. Pada tanggap darurat krisis kesehatan, data dapat menggunakan estimasi dan setelah situasi normal, data menggunakan data riil

Pengumpulan data tentang jumlah dan karakteristik target sasaran merupakan bagian penting dari program kesehatan reproduksi komprehensif. Tujuan ini menentukan beberapa hal penting:

- Pelayanan yang paling dibutuhkan oleh masyarakat?
- Pelayanan yang paling dibutuhkan tetapi belum ada/tersedia?
- Pelayanan yang dibutuhkan dan pelayanan sudah ada serta siap untuk dilaksanakan?

Ketersediaan pelayanan disesuaikan dengan kebutuhan setiap kelompok sasaran kesehatan reproduksi dari masyarakat terdampak.

Adapun langkahnya adalah sebagai berikut:

- 1) Sub klaster kesehatan reproduksi melakukan pengumpulan data sekunder berupa data jumlah penduduk, jumlah ibu hamil, jumlah balita, wanita usia subur, jumlah remaja, pasangan usia subur dll. Data yang dikumpulkan harus terpilah berdasarkan jenis kelamin dan umur yang diperoleh dari sumber resmi seperti data dasar penduduk yang tersedia di Kecamatan, data PWS KIA (Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak) dan lain-lain.
- 2) Identifikasi masalah kesehatan reproduksi yang sering muncul di daerah tersebut dan membuat kajian masalah kesehatan reproduksi termasuk kemungkinan masalah kesehatan yang tidak dilaporkan di puskesmas dan atau rumah sakit, misalnya banyaknya pekerja seks di wilayah terdampak dan kehamilan tidak diinginkan dan seks pranikah, dll.
- 3) Menyusun daftar pelayanan yang sudah tersedia di puskesmas dan rumah sakit serta melakukan evaluasi pelayanan yang masih berjalan baik dan yang tidak berjalan.

3. Mengidentifikasi dan merencanakan fasilitas pelayanan kesehatan yang tepat untuk melaksanakan pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif

- 1). Melakukan pemetaan terhadap fasilitas pelayanan kesehatan yang melaksanakan pelayanan kesehatan reproduksi. Fasilitas pelayanan kesehatan harus mudah dijangkau oleh masyarakat dari segala arah.
- 2) Mengidentifikasi peralatan, obat dan sumber daya manusia yang terdapat di fasilitas pelayanan kesehatan dan merencanakan untuk melengkapi kebutuhan sarana, prasarana pelayanan kesehatan reproduksi yang komperhensif
- 3) Mengidentifikasi fasilitas pelayanan kesehatan dan mempersiapkan untuk memberikan pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif sesuai yang dibutuhkan oleh masyarakat terdampak.
- 4) Mengidentifikasi jejaring rujukan dan mitra pelaksana lainnya agar dapat memberikan pelayanan kesehatan reproduksi yang komperhensif dan menyusun/menyepakati untuk mekanisme rujukan.

4. Menilai kapasitas petugas dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi yang komprehensif

- 1) Mengidentifikasi kapasitas dan kompetensi petugas pemberi pelayanan kesehatan reproduksi serta merencanakan peningkatan kapasitas petugas sesuai kebutuhan setempat.
- 2) Menyusun rencana dan target pelatihan yang berkaitan dengan kegiatan kesehatan reproduksi komprehensif, misalnya: pelatihan kegawatdaruratan maternal neonatal, pelatihan pencegahan dan penanganan kekerasan terhadap perempuan dan anak (PPKtPA) dll.

BAB 9

KOMPONEN PRIORITAS TAMBAHAN PAKET PELAYANAN AWAL MINIMUM (PPAM) KESEHATAN REPRODUKSI



Sesuai dengan pedoman terbaru PPAM global, terdapat prioritas tambahan yang harus dilaksanakan sejak awal situasi krisis kesehatan untuk memenuhi kebutuhan dasar kespro bagi pasangan, remaja dan perempuan sebagai kelompok rentan.

Terdapat prioritas tambahan dari PPAM, yaitu:

1. Melanjutkan pemakaian kontrasepsi
2. Kesehatan reproduksi remaja
3. Distribusi kit individu

1. Melanjutkan pemakaian kontrasepsi

Berdasarkan data SDKI 2012 sekitar 31,9% pasangan usia subur memilih suntik dan 10,3 % menggunakan pil sebagai metode ber-KB. Kedua metode KB ini sangat rentan terhadap putus pakai (drop out). Angka putus pakai ber-KB menurut SDKI 2012, cukup tinggi yaitu sebesar 27 %.

Sulitnya akses terhadap kontrasepsi menjadi tantangan bagi perempuan/pasangan yang lebih memilih untuk menunda kehamilan ketika situasi krisis kesehatan. Oleh karena itu, ketersediaan kontrasepsi sangat penting untuk menghindari terjadinya putus pakai dan mencegah kehamilan yang tidak direncanakan.

Koordinator sub klater kesehatan reproduksi perlu melakukan manajemen sistem suplai logistik alat dan obat kontrasepsi untuk memastikan ketersediaan kontrasepsi, seperti kondom, pil, suntik, dan IUD untuk memenuhi kebutuhan masyarakat pada krisis kesehatan yang terintegrasi dengan logistik kesehatan reproduksi lainnya.

Penilaian kebutuhan dan sumber daya KB dapat dilakukan dengan menghitung jumlah sasaran PUS, cakupan KB, jenis alokon yang digunakan, tenaga kompeten dan kondisi sosial budaya setempat. Data pelayanan KB didapat dari puskesmas setempat melalui register kohort KB, F1 KB atau catatan lain. Untuk *supply* dan logistik alat obat kontrasepsi dapat dilakukan dengan memiliki data kontrasepsi, estimasi dan pengadaan, sistem pencatatan dan manajemen pengadaan, distribusi dan inventarisasi.

2. Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR)

Pada situasi krisis kesehatan, akses remaja terhadap kesehatan reproduksi sangat minim. Padahal seringkali remaja juga mengalami tekanan karena kehilangan keluarga, teman dan harus menjadi kepala keluarga akibat bencana. Untuk itu pelaksanaan PPAM kesehatan reproduksi remaja sangat diperlukan, untuk menangani permasalahan remaja pada situasi krisis kesehatan tersebut.

PPAM Kesehatan reproduksi remaja dapat mengurangi kerentanan remaja dalam situasi bencana, dengan tetap memfokuskan kepada beberapa kelompok yang rentan dalam situasi krisis kesehatan seperti:

- remaja umur 10-14 tahun,
- remaja perempuan,
- remaja yang sudah menjadi ibu atau menikah muda, anak yatim piatu,
- remaja dengan HIV positif,
- remaja korban/penyintas kekerasan seksual,

- remaja penyandang disabilitas dan
- remaja yang termasuk kelompok yang terpinggirkan lainnya.

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

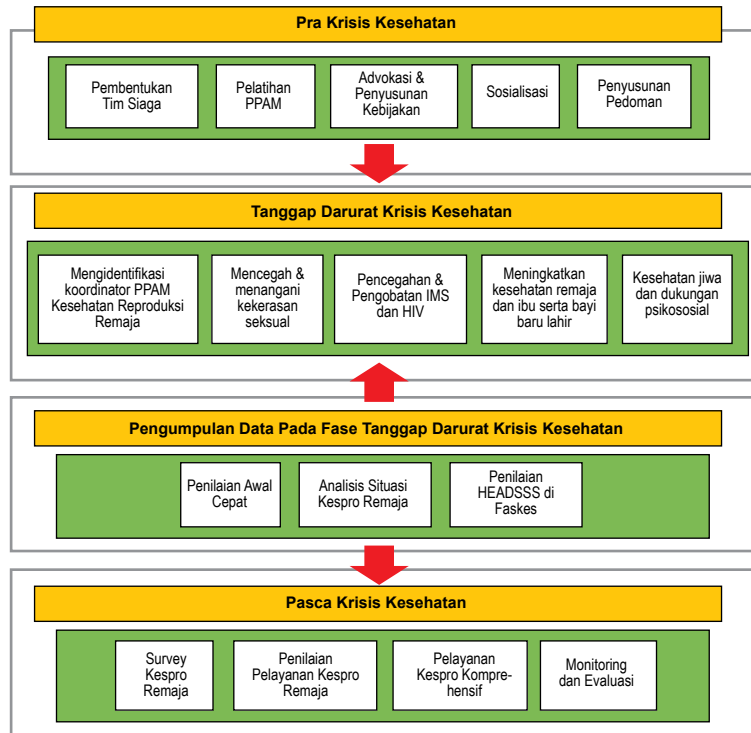
Tabel 11. Perbedaan PPAM Kesehatan Reproduksi dan PPAM KRR

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

PPAM kesehatan reproduksi remaja akan berjalan optimal jika melibatkan peran aktif remaja dalam setiap prosesnya. Dengan melibatkan peran remaja dalam program kesehatan reproduksi pada situasi krisis kesehatan, akan membantu tenaga kesehatan untuk mengembangkan perencanaan, implementasi, hingga monitoring serta evaluasi pelaksanaan PPAM kesehatan reproduksi remaja pada situasi krisis kesehatan.

Prinsip utama dalam bekerjasama secara efektif dengan remaja adalah dengan mendorong partisipasi, kemitraan dan kepemimpinan remaja sehingga remaja akan dapat berperan aktif dalam setiap kegiatan.

Gambar 15. Tahap Kegiatan PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja



Untuk mendapatkan informasi lengkap dapat merujuk ke buku Pedoman Nasional Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi Remaja Pada Situasi Krisis Kesehatan yang diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan pada tahun 2017.

3. Distribusi kit individu

Pada situasi bencana, barang kebutuhan pribadi seperti pakaian, alat mandi ataupun obat-obatan sulit diperoleh. Beberapa jenis kit individu disediakan untuk memenuhi kebutuhan pribadi kelompok rentan kesehatan reproduksi seperti ibu hamil, ibu pascapersalinan, bayi baru lahir dan wanita usia subur. Isi kit disesuaikan dengan kebutuhan pribadi setiap individu kelompok rentan, misalnya untuk kit ibu hamil berisi daster/pakaian hamil, pakaian dalam yang ukurannya dapat disesuaikan dengan besarnya perut dsb.

Kit individu ini harus didistribusikan segera sesuai sasaran pada awal terjadinya bencana karena sangat dibutuhkan. Perhitungan perencanaan kebutuhan kit individu dapat menggunakan angka estimasi dari jumlah total pengungsi. Keterangan lanjut mengenai kit individu dapat dilihat pada buku Pedoman Dukungan Logistik PPAM Kesehatan Reproduksi.

BAB 10

PENILAIAN KEBUTUHAN PAKET PELAYANAN AWAL MINIMUM (PPAM) KESEHATAN REPRODUKSI



Pada tanggap darurat krisis kesehatan perlu dilakukan penilaian untuk mendapatkan informasi mengenai kondisi penduduk yang terkena dampak atau pengungsi. Khusus untuk kesehatan reproduksi, kurangnya pemahaman kespro menjadikan kebutuhan kespro kurang tertangani lewat upaya tanggap bencana padahal berdasarkan pengamatan lapangan, kebutuhan kesehatan reproduksi tetap ada dan justru meningkat pada situasi bencana. Penilaian kebutuhan paket PPAM perlu memotret kebutuhan yang ada dan kerentanan kesehatan reproduksi setelah krisis.

Selain itu tidak perlu dilakukan penilaian mengenai intervensi apa yang dibutuhkan karena intervensi kesehatan reproduksi pada tanggap darurat krisis kesehatan adalah melalui penerapan PPAM. Pengumpulan data mengenai jumlah sasaran pelayanan kesehatan reproduksi (ibu hamil, ibu melahirkan dan lain-lain) pada awal terjadi krisis kesehatan tidak dilakukan, karena berdasarkan pengalaman lapangan, data tersebut sulit didapatkan. Koordinator sub klaster kesehatan reproduksi dapat memperoleh data sasaran pelayanan kesehatan reproduksi melalui estimasi statistik, yaitu dengan menggunakan data jumlah pengungsi.

Data pengungsi dapat diperoleh dari Tim *Rapid Health Assessment* (RHA) yang menggunakan form B1 (lampiran 2). Namun, koordinator perlu melakukan penilaian terhadap kondisi tenaga kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan, ketersediaan alat dan obat, berfungsinya sistem rujukan, ketersediaan pelayanan maupun kondisi kelompok rentan sasaran kesehatan reproduksi di pengungsian. Dengan terkumpulnya data dan informasi tersebut maka dapat disusun strategi dan rencana PPAM kesehatan reproduksi.

1. Langkah – langkah dalam melakukan penilaian

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

- 1) 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 3). Hal ini dilakukan untuk mendapatkan gambaran tentang kondisi kesehatan reproduksi sebelum bencana terjadi
- 2) Melakukan estimasi jumlah sasaran kesehatan reproduksi untuk respon bencana. Estimasi dilakukan dengan menggunakan data jumlah pengungsi yang didapat dari tim RHA (lihat tabel 6)
- 3) Melakukan penilaian kondisi fasilitas pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan dan ketersediaan alat dan obat untuk memberikan pelayanan kesehatan reproduksi (lihat lampiran 4)
- 4) Jika bencana berskala besar, mendata lembaga/organisasi/LSM yang bekerja di bidang kesehatan reproduksi pada tanggap darurat krisis kesehatan. Data ini dapat diperoleh melalui koordinasi dengan sektor kesehatan (lihat lampiran 5). Hal ini dilakukan untuk mengidentifikasi dan membagi peran organisasi dan lembaga yang berkerja di bidang kesehatan reproduksi di daerah yang terkena dampak bencana, agar tidak terjadi tumpang tindih dalam memberikan bantuan dan pelayanan
- 5) 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 6). Data ini dikumpulkan untuk mengetahui tentang ketersediaan pelayanan bagi ibu hamil dan pascapersalinan di pengungsian

- 6) Mendata kondisi pengungsian termasuk faktor-faktor yang meningkatkan risiko kekerasan berbasis gender (lihat lampiran 7)
- 7) Mengumpulkan data jumlah pengungsi remaja (lihat lampiran 8)

2. Pihak yang menilai

Penilaian kebutuhan pelayanan kesehatan reproduksi dilakukan oleh koordinator atau anggota sub kluster kesehatan reproduksi atau oleh pengelola program kesehatan reproduksi/kesehatan keluarga di dinas kesehatan sesuai dengan langkah-langkah yang telah dijelaskan di atas.

3. Cara menganalisis, menggunakan dan mendiseminasikan hasil penilaian

1) Menganalisis

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

- jumlah pengungsi yang didapat dari tim RHA
- penilaian kondisi fasilitas pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan dan ketersediaan alat dan obat untuk memberikan pelayanan kesehatan reproduksi
- mendata lembaga/organisasi/LSM yang bekerja di bidang kesehatan reproduksi pada tanggap darurat krisis kesehatan
- data kondisi ibu hamil dan melahirkan di pengungsian
- faktor-faktor yang meningkatkan risiko kekerasan berbasis gender
- data pengungsi remaja

2) 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 11

MONITORING DAN EVALUASI



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

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

Dalam melaksanakan monitoring dan evaluasi, terdapat tantangan yang mungkin ditemui oleh koordinator sub kluster 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 menyebarkan 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.

1. Cara Melakukan Monitoring PPAM

Monitoring PPAM dilakukan pada dua 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 terlampir (lihat lampiran 10).
- 2) Pada tahap pasca krisis, ketika kondisi telah stabil, monitoring dilakukan dengan menggunakan mekanisme yang digunakan pada situasi normal yaitu Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS KIA) yang dilakukan rutin setiap bulan.

2. Evaluasi

Tujuan evaluasi adalah untuk menganalisa efisiensi dan efektivitas program. Evaluasi dilakukan dengan membandingkan kegiatan program dan pelayanan (keluaran/*output*) dengan manfaat (hasil/*outcome*) dan dampak program PPAM dalam memenuhi tujuan yang telah ditetapkan.

3. Waktu Evaluasi

Evaluasi dilakukan di akhir pelaksanaan kegiatan.

4. Instrumen Evaluasi

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

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

5. Data yang Dibutuhkan untuk Evaluasi

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

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

Untuk melihat detail lembar evaluasi (lihat lampiran 11).

6. Penanggungjawab Evaluasi

Kegiatan evaluasi harus dilakukan seobyektif 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.

7. 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 penanggungjawab/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.



DAFTAR ISTILAH

Bencana: suatu kejadian peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam dan mengganggu kehidupan dan penghidupan masyarakat yang disebabkan, baik oleh faktor alam dan/atau faktor non alam maupun faktor manusia, sehingga mengakibatkan timbulnya korban jiwa manusia, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda dan dampak psikologis

Bencana Alam: bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau serangkaian peristiwa yang disebabkan oleh alam antara lain berupa gempa bumi, tsunami, gunung meletus, banjir, kekeringan, angin topan dan tanah longsor

Bencana Non Alam: bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau rangkaian peristiwa non alam yang antara lain berupa gagal teknologi, gagal modernisasi, epidemi dan wabah penyakit

Bencana Sosial: bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau serangkaian peristiwa yang diakibatkan oleh manusia yang meliputi konflik sosial antar kelompok atau antar komunitas masyarakat, dan teror

Daerah rawan bencana: suatu daerah yang memiliki risiko tinggi terhadap suatu bencana akibat kondisi geografis, geologis, dan demografis serta akibat ulah manusia

Fasilitas Pelayanan Kesehatan: suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, swasta

HIV: Human Immunodeficiency Virus yang dapat menyebabkan AIDS dengan cara menyerang sel darah putih yang bernama sel CD4, sehingga dapat merusak sistem kekebalan tubuh manusia yang pada akhirnya tidak dapat bertahan dari gangguan penyakit walaupun yang sangat ringan sekalipun

Infeksi Menular Seksual (IMS): penyakit yang menyerang manusia melalui transmisi hubungan seksual, seks oral dan seks anal

Informed Consent/persetujuan berdasarkan informasi: persetujuan yang diberikan oleh klien atau keluarganya atas dasar informasi dan penjelasan mengenai tindakan medis yang akan dilakukan terhadap klien tersebut

Kekerasan berbasis gender: kekerasan berbasis gender merupakan istilah untuk suatu tindakan berbahaya yang dilakukan pada seseorang di luar keinginan orang tersebut dan dilandaskan pada perbedaan sosial yang berlaku (gender) antara laki-laki dan perempuan

Kematian Ibu: kematian perempuan selama kehamilan atau dalam periode 42 hari sejak terminasi kehamilan tanpa memandang lama dan tempat persalinan, yang disebabkan karena kehamilannya atau pengelolaannya, dan bukan disebabkan oleh kecelakaan atau cedera (WHO)

Kesehatan reproduksi: 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

Kewaspadaan universal (*universal precaution*): pedoman yang ditetapkan untuk mencegah penyebaran berbagai penyakit yang ditularkan melalui darah/cairan tubuh di lingkungan rumah sakit atau sarana kesehatan lainnya. Konsep yang dianut adalah bahwa semua darah/cairan tubuh harus dikelola sebagai sumber yang dapat menularkan HIV, Hepatitis B dan berbagai penyakit lain yang ditularkan melalui darah/cairan tubuh

Kit Kesehatan Reproduksi: alat dan obat yang dibutuhkan untuk melaksanakan pelayanan kesehatan reproduksi dalam situasi darurat sesuai dengan tujuan dari PPAM

Kelompok Rentan Kesehatan Reproduksi: adalah suatu kelompok di dalam masyarakat yang paling mudah menderita gangguan kesehatan reproduksi. Biasanya kelompok rentan ini berhubungan dengan proses kehidupan manusia, oleh sebab itu kelompok ini terdiri dari kelompok umur tertentu dalam siklus kehidupan manusia. Kelompok rentan kesehatan reproduksi terdiri dari perempuan usia reproduksi, ibu hamil, ibu menyusui, dan bayi

Krisis kesehatan: adalah peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam kesehatan individu atau masyarakat yang disebabkan oleh bencana dan/atau berpotensi bencana.

Konseling dan Tes HIV sukarela (KTHIV): Klien datang sendiri - dengan inisiatif sendiri atau dirujuk; dan dengan berbagai alasan - untuk meminta konseling dan pemeriksaan HIV baik ke fasilitas kesehatan atau layanan pemeriksaan HIV berbasis komunitas

Metode kontrasepsi: cara atau alat yang digunakan untuk mencegah kehamilan, menjarangkan kehamilan dan menghentikan kesuburan/tidak ingin hamil lagi, metode kontrasepsi dapat dibagi menjadi metode kontrasepsi jangka pendek (suntik, pil, dan kondom) dan metode kontrasepsi jangka panjang seperti Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR), Alat Kontrasepsi Bawah Kulit atau implan, Metode Operasi Pria (MOP), dan Metode Operasi Wanita (MOW).

Neonatal: bayi yang berumur 0 – 28 hari

Paket Layanan Awal Minimum (Minimum Initial Service Package/MISP) untuk Kesehatan Reproduksi: merupakan serangkaian kegiatan prioritas kesehatan reproduksi yang harus dilaksanakan segera pada tahap awal bencana untuk menyelamatkan jiwa, khususnya pada kelompok perempuan dan remaja perempuan.

Pra krisis Kesehatan: situasi tidak terjadi bencana atau situasi terdapat potensi terjadinya bencana. Pada tahap ini kegiatan yang dilaksanakan 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.

Pascakrisis kesehatan: situasi pasca bencana atau setelah masa tanggap darurat selesai. Pada tahap ini kegiatan yang dilaksanakan adalah pemulihan dan rekonstruksi.

Pelindung ganda: perlindungan terhadap kehamilan tidak diinginkan dan IMS, termasuk HIV.

Penyintas (survivor): berasal dari kata 'sintas', yang artinya terus bertahan hidup atau mampu mempertahankan keberadaannya. Sehingga, **penyintas** berarti orang yang selamat dari suatu peristiwa yang mungkin dapat membuat nyawa melayang atau kondisi yang membahayakan. Istilah lain yang digunakan adalah korban terutama dalam perspektif medis.

Pemerksaan/upaya pemerksaan: pemerksaan merupakan suatu tindakan hubungan seksual tanpa persetujuan. Termasuk di dalamnya penyerangan pada suatu bagian tubuh dengan menggunakan organ seksual dan/atau penyerangan terhadap lubang kelamin atau lubang anus dengan suatu benda atau bagian tubuh. Pemerksaan dan upaya pemerksaan melibatkan penggunaan kekuatan, ancaman kekuatan dan/atau paksaan. Upaya untuk memperksa seseorang yang tidak sampai terjadinya penetrasi dianggap sebagai upaya pemerksaan

Pengungsi: orang/sekelompok orang yang terpaksa atau dipaksa keluar dari tempat tinggalnya ketempat yang lebih aman dalam upaya menyelamatkan diri/jiwa untuk jangka waktu yang belum pasti sebagai akibat dampak buruk bencana

Pengungsi internal/Internal Displaced Person (IDP): orang-orang atau kelompok orang yang telah dipaksa atau terpaksa melarikan diri meninggalkan rumah mereka atau tempat mereka dahulu tinggal, terutama sebagai akibat dari, atau dalam rangka menghindari diri dari, dampak-dampak konflik bersenjata, situasi-situasi rawan yang ditandai oleh maraknya tindak kekerasan secara umum, pelanggaran HAM, bencana-bencana alam atau bencana akibat ulah manusia namun belum melewati batas negara yang diakui secara internasional.

Pengungsi eksternal/refugee/pengungsi lintas batas: seseorang atau sekelompok orang yang karena rasa takut yang wajar akan kemungkinan dianiaya berdasarkan ras, agama, kebangsaan, keanggotaan pada suatu kelompok sosial tertentu, atau pandangan politik, berada di luar negeri kebangsaannya dan tidak bisa atau, karena rasa takut itu tidak berkehendak berada di dalam perlindungan negeri tersebut

Profilaksis Paska Pajanan (PPP): penggunaan obat untuk mencegah infeksi setelah terjadi peristiwa yang berisiko. Terkait dengan pajanan di tempat kerja dan pajanan akibat perkosaan.

Kegawatdaruratan neonatal: adalah situasi yang membutuhkan evaluasi dan manajemen yang tepat pada bayi baru lahir yang sakit kritis (\leq usia 28 hari) membutuhkan pengetahuan yang dalam mengenali perubahan psikologis dan kondisi patologi yang mengancam jiwa yang bisa saja timbul sewaktu-waktu (Sharieff, Brousseau, 2006).

Kegawatdaruratan maternal: Kondisi yang mengancam nyawa pada kehamilan, persalinan dan nifas.

Kasus gawat darurat obstetri: kasus obstetri yang apabila tidak segera ditangani akan berakibat kematian ibu dan janinnya, keadaan ini dapat menjadi penyebab utama kematian ibu janin dan bayi baru lahir.

PONED: adalah singkatan dari Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar dapat dilayani oleh Puskesmas yang mempunyai fasilitas atau kemampuan untuk penanganan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal dasar. Puskesmas PONED merupakan puskesmas yang siap 24 jam, sebagai rujukan antara kasus-kasus rujukan dari polindes dan puskesmas.

PONEK: adalah singkatan dari Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif dengan kemampuan untuk melaksanakan seluruh pelayanan PONED, di RS kabupaten/kota untuk aspek obstetri, ditambah dengan melakukan transfusi dan bedah sesar serta memberikan pelayanan 24 jam

Puskesmas: fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya

Rawan Bencana: kondisi atau karakteristik geologis, biologis, hidrologis, klimatologis, geografis, sosial, budaya, politik, ekonomi, dan teknologi pada suatu wilayah untuk jangka waktu tertentu yang mengurangi kemampuan mencegah, meredam, mencapai kesiapan, dan mengurangi kemampuan untuk menanggapi dampak buruk bahaya tertentu

Sistem rujukan upaya kesehatan: sistem rujukan pelayanan kesehatan merupakan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggungjawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal

SPGDT 119: Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) atau **Public Safety Service** (PSC) yang dapat diakses melalui nomor 119 dapat diakses secara luas dan gratis oleh masyarakat melalui telepon seluler maupun telepon rumah. Adapun kegawatdaruratan yang dimaksud adalah kegawadaruratan sehari-hari (kecelakaan lalu lintas, penyakit akut) dan kegawadauratan saat terjadi bencana

Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan: seseorang dan/atau sekelompok orang yang bekerja secara aktif di bidang kesehatan baik yang memiliki pendidikan formal kesehatan maupun tidak yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan dalam melakukan upaya kesehatan

Tanggap darurat krisis kesehatan: merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan dengan segera pada saat kejadian akibat bencana untuk menangani dampak kesehatan yang ditimbulkan, yang meliputi kegiatan penyelamatan dan evakuasi korban, pemenuhan kebutuhan dasar, perlindungan dan pemulihan korban, prasarana serta fasilitas pelayanan kesehatan

Tim Reaksi Cepat (TRC): tim yang sesegera mungkin bergerak ke lokasi saat bencana setelah ada informasi bencana untuk memberikan pelayanan kesehatan bagi korban

Tim Penilaian Cepat Kesehatan (Rapid Health assessment/RHA team): tim yang dapat diberangkatkan bersamaan dengan Tim Reaksi Cepat atau menyusul untuk menilai kondisi dan kebutuhan pelayanan kesehatan

Tim Kesehatan Reproduksi: tim yang diberangkatkan bersamaan dengan Tim Penilaian Cepat Kesehatan untuk menilai kondisi dan kebutuhan kesehatan reproduksi di situasi darurat bencana

Tes HIV atas inisiatif Petugas kesehatan (TIPK): pemeriksaan HIV yang dianjurkan atau ditawarkan oleh petugas kesehatan kepada pasien pengguna layanan kesehatan sebagai komponen standart layanan kesehatan di fasilitas tersebut.

Tenaga Kesehatan: setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan



DAFTAR PUSTAKA

1. Direktorat Kesehatan Keluarga Kementerian Kesehatan RI dan UNFPA, 2017, Pedoman Nasional Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi Remaja pada Krisis Kesehatan, Jakarta, UNFPA
2. Direktorat Kesehatan Keluarga Kementerian Kesehatan RI dan UNFPA, 2017, Pedoman Dukungan Logistik Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) pada Situasi Krisis Kesehatan, Jakarta, UNFPA
3. Aliansi Remaja Indonesia (ARI) dan UNFPA, 2017, Buku Saku Pedoman Remaja pada Situasi Krisis Kesehatan, Jakarta, UNFPA
4. Direktorat Kesehatan Ibu Kementerian Kesehatan RI dan UNFPA, 2015, Buku Pedoman Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi pada Krisis Kesehatan, Jakarta, UNFPA
5. Pusat Penanggulangan Krisis Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, 2011, Pedoman Teknis Penanggulangan Krisis Kesehatan Akibat Bencana, Jakarta, Kementerian Kesehatan RI
6. Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, Kementerian Kesehatan RI, 2015, Pedoman Nasional Penanggulangan Infeksi Menular Seksual, Jakarta, Kementerian Kesehatan RI
7. Direktorat Kesehatan Anak Kementerian Kesehatan RI, 2011, Pedoman Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja di Puskesmas, Jakarta, Kementerian Kesehatan RI
8. Inter Agency Working Group on Reproductive Health in Crisis, 2011, Inter-Agency Reproductive Health Kits for Crisis Situations edition 5, Jenewa, WHO
9. Inter Agency Working Group on Reproductive Health in Crises, 2010, Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings,
10. Kelompok Kerja Antar Lembaga untuk Kesehatan Reproduksi dalam Situasi Krisis, 2010, Buku Pedoman Lapangan Antar-Lembaga Kesehatan Reproduksi dalam Situasi Darurat Bencana, Versi Bahasa Indonesia, Jakarta
11. Save the Children and UNFPA, 2009, Adolescent Sexual and Reproductive Health Toolkit for Humanitarian Settings,
12. Direktorat Kesehatan Ibu Kementerian Kesehatan RI, 2004, Pedoman Pelayanan Kontrasepsi Darurat, Jakarta, Kementerian Kesehatan RI



LAMPIRAN 1

KIT INDIVIDU

Kit	Warna	Sasaran
Kit Higiene	Biru	Perempuan usia subur
Kit Ibu Hamil	Hijau	Untuk ibu hamil (prioritas trimester ke-3)
Kit Pasca Melahirkan	Oranye	Untuk ibu pascapersalinan
Kit Bayi	Merah	Untuk bayi baru lahir (sampai usia 3 bulan)



LAMPIRAN 2

FORMULIR B-1 (DIGUNAKAN SATU HARI SETELAH BENCANA)*

- Nama Dinkes/PPK Sub Regional
- Jenis Bencana
- Waktu kejadian bencana
- Deskripsi bencana
- Lokasi Bencana

No	Kabupaten/Kota	Kecamatan	Desa/Dusun	Jumlah Penduduk Terancam	Topografi
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

A. Jumlah korban

- Korban Meninggal

No	Nama	Jenis Kelamin	Usia	Kewarganegaraan (No Passport)	Alamat Korban	Tempat Meninggal	Penyebab Kematian
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)

- Korban Hilang

No	Nama	Jenis Kelamin	Usia	Kewarganegaraan (No Passport)	Alamat Korban	Tempat Meninggal
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

3. Korban luka berat/rawat inap dan luka ringan/rawat jalan

No	Nama Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan Lokasinya (Kabupaten/Kota)	Rawat Inap			Rawat Jalan		
		L	P	Jumlah	L	P	Jumlah
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
	Jumlah						

4. Pengungsi

No	Lokasi	KK	Laki-Laki	Perempuan	Jumlah Jiwa
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	Jumlah				

B. Fasilitas Umum

Akses ke lokasi kejadian Bencana

- o Mudah dijangkau, menggunakan alat transportasi....
- o Sukar, karena....

Jalur komunikasi yang masih dapat digunakan....

Kedaaan jaringan listrik

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

Sumber air bersih yang bisa digunakan

- o Tercemar
- o Tidak Tercemar

C. Kondisi Fasilitas Kesehatan

No	Nama Fasilitas Pelayanan Kesehatan (RS, Puskesmas, Pustu, Gudang Farmasi, Polindes, Dinkes, Rumah Dinas, dsb)	Kondisi		Kondisi	
		Tidak Rusak	Rusak	Berfungsi	Tidak Berfungsi
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	a.....				
	b.....				
	c....dst				

D. Upaya penanggulangan yang telah dilakukan

1.
2.

E. Hambatan Pelayanan kesehatan

1.
2.

F. Bantuan yang diperlukan segera

1.
2.

G. Rencana Tindak Lanjut

1.
2.

*Catatan:

Formulir B-1 ini hanya merupakan referensi, data-data di form B-1 ini akan dikumpulkan oleh tim Rapid Health Assessment (RHA) dari pusat krisis kesehatan.

LAMPIRAN 3

DATA DASAR KESEHATAN REPRODUKSI PRAKRISIS KESEHATAN

Nama Kabupaten/Kota:

Nama Propinsi:

Periode data:

No	Indikator	Capaian	Target	Keterangan
1	K1			
2	K4			
3	Persalinan oleh tenaga kesehatan			
4	Jumlah kasus kematian ibu			
5	Angka penggunaan kontraspesi (CPR)			
6	Angka Kelahiran Kasar			

DATA FASILITAS KESEHATAN PRAKRISIS KESEHATAN

Nama Fasilitas Pelayanan Pesehatan	Tipe Fasilitas Pelayanan Kesehatan	Pemerintah/ Swasta	Tipe Pelayanan Kespro (dicentang)					Ket
			ANC	Persalinan Normal	PONED	PONEK	KB	

PEMBERI PELAYANAN PRAKRISIS KESEHATAN

Nama Fasilitas Pelayanan Kesehatan	Jumlah Pemberi Pelayanan Kesehatan Reproduksi						Keterangan
	Dr. SpOG	Dr. SpA	Dokter Umum	Bidan	Perawat	Lain-lain	

LAMPIRAN 4

PENILAIAN TENTANG KONDISI FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN, KETERSEDIAAN TENAGA DAN ALAT DAN OBAT

Fasilitas Pelayanan Kesehatan Reproduksi di Wilayah Terdampak

Nama Fasilitas Pelayanan Kesehatan	Tipe Fasilitas Pelayanan Kesehatan	Pemerintah / Swasta	Tipe Pelayanan Kespro (dicentang)					Keterangan
			ANC	Persalinan Normal	PONED	PONEK	KB	

Pemberi Layanan Di Area Terdampak

Nama Fasilitas Pelayanan Kesehatan	Jumlah Pemberi Pelayanan Kesehatan Reproduksi						Keterangan
	Dr. SpOG	Dr. SpA	Dokter Umum	Bidan	Perawat	Lain-lain	

Ketersediaan Alat Dan Bahan Untuk Pelayanan Kesehatan Reproduksi

Nama Fasilitas Pelayanan Kesehatan	Tipe Fasilitas Pelayanan Kesehatan	Pemerintah /Swasta	Tipe Pelayanan Kespro (dicentang)					Keterangan
			ANC	Persalinan Normal	PONED	PONEK	KB	
Transfusi Darah			Ya			Tidak		
Laboratorium untuk pengecekan jenis darah tersedia								
Penapisan Hepatitis tersedia								
Penapisan HIV tersedia								
Penapisan Sifilis tersedia								
Pelayanan Kesehatan Reproduksi								

Tipe Pelayanan	Tersedia di tempat		Fasilitas Pelayanan Kesehatan Terdekat yang Menyediakan Pelayanan Tersebut		Keterangan
	Ya	Tidak	Nama Fasilitas	Jarak (km)	
ANC					
Persalinan Normal					
PONED					
PONEK					
Kontrasepsi					
Perawatan SGBV					
PPP kit					

Penanganan Kekerasan Seksual Dan Layanan Yang Diberikan

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 5

DAFTAR LEMBAGA/ORGANISASI/LSM YANG BEKERJA DI BIDANG KESEHATAN REPRODUKSI

Tempat dan Tanggal :

Nama Organisasi	Program	Wilayah Kerja	Nama dan Alamat yang Dapat Dihubungi		Keterangan
			Nama	Alamat/email/telp	

LAMPIRAN 6

FORMAT WAWANCARA IBU HAMIL DAN PASCA BERSALIN

Di data 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 pasca salin	

b. Format wawancara ibu pasca bersalin

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 pasca bersalin? Dimana?	
8	Diberikan ASI atau tidak? Apakah ada kesulitan dalam pemberian ASI?	

LAMPIRAN 7

PENILAIAN KONDISI CAMP PENGUNGSIAN DAN IDENTIFIKASI RISIKO TERJADINYA SGBV

Di data oleh:

Lokasi :

7.1. Penilaian manajemen camp

Indikator	Ya	Tidak	Keterangan
Pertanyaan seputar camp pengungsian			
Kelompok rentan (ibu hamil, bayi, balita, lansia dan penyandang cacat) berada pada satu tempat dan keluarga berada dekat dengan tempat tersebut			
Berapa orang yang tinggal dalam 1 tenda pengungsian tersebut			
Apakah Anda tinggal dengan orang yang bukan bagian dari keluarga Anda?			
Apakah Anda merasa nyaman atau aman tinggal di tenda pengungsian ini? Jelaskan?			
Pertanyaan seputar toilet aman			
Apakah merasa nyaman dengan keadaan toilet yang disediakan?			
Toilet dan air memenuhi kebutuhan Pengungsi			
Toilet perempuan dan laki-laki terpisah dan memiliki tanda yang jelas			
Toilet dapat dikunci dari dalam			
Penerangan mencukupi (di tempat pengungsian, toilet dan jalan)			

Indikator	Ya	Tidak	Keterangan
Pertanyaan seputar pelayanan pelayanan kesehatan dan keamanan camp			
Apakah tersedia pelayanan kesehatan yang mudah dijangkau?			
Apakah ada sistem pengamanan dan keamanan yang dilakukan di lingkungan tenda pengungsian?			
Jika Anda mendengar tentang kasus kekerasan seksual di dalam atau sekitar tenda pengungsian, apakah Anda akan melaporkan kasus tersebut? Jika tidak, lanjut ke pertanyaan selanjutnya. Jika iya, kepada siapa Anda akan melaporkannya?			
Apakah Anda pernah mendengar layanan kesehatan yang dapat memberikan layanan kepada perempuan yang mengalami kekerasan seksual ?			
Khusus untuk WUS yang sudah menikah, Bagaimana pandangan pemenuhan hak seksual dengan pasangan Anda di situasi tenda pengungsian seperti ini?			
Distribusi bantuan melibatkan perempuan			
Staf perempuan hadir setiap hari di kantor manajemen kamp (registrasi, sekuriti,perlindungan)			
Informasi berkaitan dengan ketersediaan dan lokasi layanan kespro tersedia bagi pengungsi			

Indikator	Ya	Tidak	Keterangan
Informasi berkaitan dengan ketersediaan dan lokasi pelayanan kekerasan seksual bagi penyintas tersedia bagi pengunjung			
Tersedia ruang konseling dengan menggunakan posko kesehatan atau ruangan untuk perempuan (berganti pakaian, menyusui, dsb)			

7.2 Identifikasi risiko potensial dari SGBV

1. Jumlah perempuan yang menjadi kepala keluarga:
2. Jumlah anak yang tidak ditemani orang dewasa:

Kelompok Umur	Perempuan	Laki-laki	Total
1 – 11 bulan			
1 – 4 tahun			
5 – 9 tahun			
10 – 14 tahun			
15 – 19 tahun			
Total			

Laporan kejadian SGBV:

.....

.....

.....

.....

Penjelasan singkat dari mekanisme dukungan bagi manajemen konsekuensi SGBV (perawatan medis, dukungan psikososial, rumah aman, bantuan hukum):

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

Upaya penanggulangan yang telah dilakukan

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

Bantuan yang diperlukan

- a.
- b.

LAMPIRAN 8

INSTRUMEN RAPID HEALTH ASSESMENT (RHA) BAGI REMAJA

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

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

Rapid Health Assesment untuk Kesehatan Reproduksi Remaja				
No	Data Demografi Remaja	Perempuan	Laki-Laki	Keterangan
1	Jumlah remaja (10-14 tahun), di pilah berdasarkan jenis kelamin			Jika data tidak tersedia, data remaja usia 10-19 tahun dapat diestimasi sebesar 18,3% dari data jumlah pengungsi (Tanpa melihat jenis kelamin)
2	Jumlah remaja(15-19 tahun), dipilah berdasarkan jenis kelamin			
3	Jumlah remaja (20-24 tahun), dipilah berdasarkan jenis kelamin			
4	Jumlah remaja penyandangdisabilitas			Dapat dilakukan saat pengumpulan data Tim Kesehatan Reproduksi Remaja
5	Jumlah remaja hamil yang berusia <15 tahun dan antara 15-19 tahun ⁵			Dapat dilakukan saat pengumpulan data Tim Kesehatan Reproduksi Remaja
	INFORMASI PENUNJANG	Ya	Tidak	Keterangan
11	Apakah ada pelayanan untuk peningkatan kesehatan jiwa dan dukungan psikososial ?			

No	Data Demografi Remaja	Perempuan	Laki-Laki	Keterangan
12	Apakah toilet laki-laki dan perempuan dipisahkan ?			
13	Apakah disetiap toilet terdapat pintu yang bisa dikunci dari dalam?			
14	List organisasi atau komunitas remaja yang ada di sekitar			

Sumber: Pedoman Nasional PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja pada Situasi Krisis Kesehatan,2017

LAMPIRAN 9

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 menyetengahkan metodologi yang digunakan
4. Temuan: analisis pada hal berikut ini:
 - 4.1 Masyarakat terdampak; data terpilah (umur, jenis kelamin, lokasi geografis; pengungsian)
 - 4.2 Kondisi pengungsian (kamp)
 - 4.3 Pelayanan kesehatan reproduksi yang tersedia: perlengkapan dan staf
 - 4.4 Risiko potensial kekerasan berbasis gender/ seksual
 - 4.5 Kebutuhan khusus masyarakat terdampak
 - 4.6 Koordinasi
5. Rekomendasi

Laporan awal dibuat tidak lebih dari 5 halaman dengan menggambarkan kondisi di atas

LAMPIRAN 10

LEMBAR MONITORING: INDIKATOR PPAM

I. Mengidentifikasi Koordinator Kesehatan Reproduksi

No	Indikator Kualitatif	Ya	Tidak
1.	Lembaga dan organisasi yang bergerak di bidang kesehatan Reproduksi di wilayah bencana diidentifikasi.		
2.	Rapat koordinasi dilakukan dengan lembaga dan organisasi yang bergerak di bidang kesehatan reproduksi untuk menentukan sub-koordinator sesuai dengan bidang kerjanya serta memperoleh data dari PKK melalui form B-1.		
3.	Pengenalan PPAM kesehatan reproduksi dan penyusunan rencana kerja dilakukan.		
4.	Pertemuan rutin dilakukan sesegera mungkin dengan lintas program/ lintas sektor kesehatan reproduksi dan organisasi terkait untuk menyelenggarakan PPAM kesehatan reproduksi.		
5.	Kegiatan rutin dilaporkan untuk disampaikan kepada anggota maupun lembaga atau sektor terkait lainnya.		
6.	Pelayanan kesehatan reproduksi di tempat pengungsian tersedia.		
7.	Ketersediaan dan distribusi logistik kesehatan reproduksi dikoordinir.		
8.	Pertemuan dan berkoordinasi dengan PKK maupun BNPB dihadiri.		

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	

ii. Mencegah dan Menangani Kekerasan Seksual

No	Indikator Kualitatif	Ya	Tidak
1.	Koordinasi dengan BNPB/BPBD dan dinas sosial dilakukan untuk menempatkan kelompok rentan di pengungsian dan memastikan satu keluarga berada dalam tenda yang sama. 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 perempuan di pengungsian dalam perencanaan dan pelaksanaan program kegiatan di pengungsian dilibatkan.		
6.	Informasi tentang pelayanan bagi penyintas perkosaan diberikan dengan informasi telephone yang bisa dihubungi 24 jam. Informasi dapat diberikan melalui leaflet, selebaran, radio, dll.		
7.	Petugas yang bertanggung jawab terhadap penanganan kasus kekerasan seksual dipastikan ada.		
8.	Layanan medis dan psikososial di organisasi/lembaga yang berperan serta mekanisme rujukan perlindungan dan hukum terkoordinasi untuk penyintas dipastikan tersedia.		
9.	Fasilitas untuk pemenuhan kebutuhan untuk melanjutkan kehidupan seksual yang sehat bagi pasangan suami istri yang sah, sesuai dengan budaya setempat atau kearifan lokal disediakan.		

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 pasca pajanan (PPP):	

No	Indikator Kuantitatif	Capaian
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	

iii. Mencegah Penularan HIV

No	Indikator Kualitatif	Ya	Tidak
1.	Transfusi darah aman dan rasional dilakukan oleh lembaga/organisasi yang bergerak di bidangnya, misalnya: Palang Merah Indonesia.		
2.	Fasilitas, perlengkapan dan petugas terlatih tersedia. Jika tidak transfusi darah tidak boleh dilakukan.		
3.	Pentingnya kewaspadaan standar sejak awal dimulainya koordinasi ditekankan dan dipastikan penerapannya.		
4.	Kondom secara gratis tersedia dengan berkoordinasi dengan lembaga yang bekerja di bidang keluarga berencana, Kementerian Kesehatan, BKKBN, LSM lainnya.		
5.	Kelanjutan pengobatan bagi orang yang telah masuk program ARV, termasuk perempuan yang terdaftar dalam program PPIA (Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak) dipastikan tersedia.		
6.	Informasi no telp 24 jam yang bisa dihubungi untuk kelanjutan pengobatan ARV dipasang.		

No	Indikator Kuantitatif	Capaian
1.	Jumlah transfusi darah yang dilakukan	
2.	Jumlah darah yang sudah diskruining sebelum transfusi	
3.	Jumlah ODHA yang melanjutkan pengobatan dengan ARV	
4.	Jumlah laki-laki seksual aktif	
5.	Jumlah kondom yang didistribusikan	
6.	Jumlah fasilitas pelayanan kesehatan yang memiliki alat dan bahan untuk penerapan kewaspadaan standar	

iv. Memastikan tersedianya pelayanan kegawatdarurat maternal dan neonatal (poned dan ponek)

No	Indikator Kualitatif	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.	Bidan kit, kit kesehatan reproduksi, individual kit serta buku KIA didistribusikan sesuai dengan kebutuhan		
6.	Pelayanan PONED dan PONEK dipastikan tersedia.		
7.	Koordinasi dengan dinas sosial dan BPBD dilakukan untuk menyediakan tenda kesehatan reproduksi dan ruang ASI.		
8.	Koordinasi dilakukan untuk memastikan adanya sistem rujukan dari masyarakat, puskesmas, rumah sakit.		
9.	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 hamil yang mengalami komplikasi yang ditangani di Puskesmas PONED atau RS PONEK	
7.	Jumlah kasus kematian ibu dan bayi baru lahir	
8.	Jumlah fasilitas pelayanan kesehatan yang bisa memberi layanan PONED dan PONEK di lokasi pengungsian	

v. Perencanaan Integrasi Pelayanan Kesehatan Reproduksi Komprehensif Kedalam Pelayanan Kesehatan Dasar

No	Indikator Kualitatif	Ya	Tidak
1.	Rencana pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif disusun dan tersedia		
2.	Data sasaran dan cakupan dikumpulkan. Pada tanggap darurat krisis kesehatan dapat digunakan data estimasi dan setelah situasi normal gunakan data riil.		
3.	Tempat yang tepat untuk melaksanakan layanan kesehatan reproduksi komprehensif teridentifikasi.		
4.	Peralatan untuk pelayanan PONEK dan PONEK tersedia		
5.	Penilaian Kapasitas petugas dalam memberikan pelayanan kesehatan yang komprehensif dilaksanakan.		
6.	Pelatihan bagi petugas direncanakan.		
7.	Peralatan dan bahan kesehatan reproduksi bagi puskesmas PONEK dan RS PONEK disediakan		

No	Indikator Kuantitatif	Capaian
1.	Daftar alat dan bahan yang dibutuhkan	
2.	Data sasaran kesehatan reproduksi tersedia: a. Data Wanita Usia Subur b. Data ibu hamil c. Data ibu melahirkan	
3.	Data akseptor KB	
4.	Daftar kebutuhan pelatihan	

LAMPIRAN 11

LEMBAR EVALUASI

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. Presentase 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 tsb
6	Proses pembelajaran yang didapat selama pelaksanaan program
7	Rekomendasi

TIM PENYUSUN

Pedoman Pelaksanaan Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi Pada Krisis Kesehatan disusun bersama oleh Kementerian Kesehatan dan UNFPA Indonesia serta lintas program, lintas sektor, organisasi profesi kesehatan, organisasi kemasyarakatan.

Pengarah:

dr. Eni Gustina, MPH - Direktur Kesehatan Keluarga, Kementerian Kesehatan RI

Editor:

1. drg. Wara Pertiwi Osing, MA - Kasubdit Kesehatan Usia Reproduksi, Direktorat Kesehatan Keluarga, Kemenkes RI
2. dr. Rosilawati Anggraini
3. Elisabeth Sidabutar - UNFPA Indonesia
4. Leny Jakaria, M.Pd - Konsultan

Kontributor:

Lintas Program Kesehatan dan Lintas Sektor

- Direktorat Kesehatan Keluarga, Kementerian Kesehatan
- Pusat Krisis Kesehatan, Kementerian Kesehatan
- Direktorat Gizi Masyarakat, Kementerian Kesehatan
- Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Langsung, Kementerian Kesehatan
- Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Masalah Kesehatan Jiwa dan NAPZA, Kementerian Kesehatan
- Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer, Kementerian Kesehatan
- Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan, Kementerian Kesehatan
- Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur
- Direktorat Bina Kesertaan KB Jalur Wilayah dan Sasaran Khusus, BKKBN
- Direktorat Perlindungan Sosial dan Korban Bencana Alam, Kementerian Sosial
- Direktorat Perlindungan Sosial dan Korban Bencana Sosial, Kementerian Sosial

Organisasi Profesi Kesehatan

- Ikatan Dokter Indonesia (IDI)
- Perkumpulan Obstetri Ginekologi Indonesia (POGI)
- Ikatan Bidan Indonesia (IBI)
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI)

Organisasi Kemasyarakatan

- Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI)
- Palang Merah Indonesia (PMI)
- Muhammadiyah Disaster Management Center (MDMC)
- Dompot Dhuafa
- Indonesian Young Health Professionals Society (IYHPS)
- Yayasan Pulih
- Ikatan Perempuan Positif Indonesia (IPPI)

**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”.

