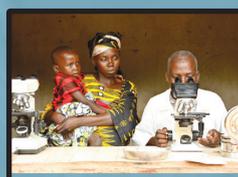
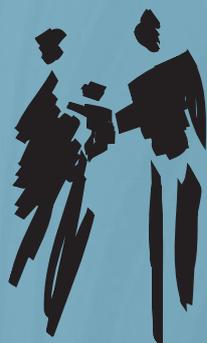


Buku Pedoman Lapangan Antar-lembaga Kesehatan Reproduksi dalam Situasi Darurat Bencana



2010
Revisi
untuk Peninjauan
Lapangan



Buku Pedoman Lapangan Antar-lembaga
Kesehatan Reproduksi
dalam Situasi Darurat Bencana

2010 Revisi
untuk Peninjauan Lapangan

© 2010 Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Crises

Inter-agency Working Group/Kelompok Kerja Antar Lembaga mengucapkan terima kasih kepada pemerintah Australia dan AusAID atas dukungannya dalam pembuatan buku pedoman lapangan ini.

Foto sampul (arah jarum jam dari kiri): Estudio 3 for RAISE, 2008; UNHCR/B. Bannon; UNHCR/P. Taggart; Estudio 3 for RAISE, 2008; UNHCR/H. Caux.

Kesehatan reproduksi merupakan suatu hak asasi manusia yang, seperti semua hak asasi manusia lainnya, berlaku juga kepada pengungsi eksternal, pengungsi internal, dan penduduk lainnya yang hidup di dalam situasi darurat. Guna mewujudkan hak tersebut, penduduk yang terkena dampak harus memiliki akses ke informasi dan layanan kesehatan reproduksi komprehensif sehingga mereka bebas membuat pilihan berdasarkan informasi terkait kesehatan serta kesejahteraan mereka.

Penyediaan layanan kesehatan reproduksi yang komprehensif dan berkualitas tinggi membutuhkan pendekatan terpadu yang bersifat multisektoral. Personel dari berbagai sektor seperti perlindungan, kesehatan, nutrisi, pendidikan, dan layanan masyarakat; semua memainkan peranan penting dalam merencanakan dan memberikan layanan kesehatan reproduksi. Cara terbaik memenuhi kebutuhan adalah dengan melibatkan masyarakat yang terkena dampak dalam tiap-tiap fase respon: mulai dari menilai kebutuhan sampai merancang program, meluncurkan dan melaksanakan program, dan mengevaluasi dampaknya.

Pedoman Lapangan Antar-lembaga tentang Kesehatan Reproduksi dalam situasi darurat bencana merupakan hasil dari suatu proses kerja sama dan konsultasi yang melibatkan lebih dari 100 anggota lembaga Perserikatan Bangsa-Bangsa dan lembaga swadaya masyarakat yang tergabung dalam *Inter-agency Working Group (IAWG) on Reproductive Health in Crises* (Kelompok Kerja Antar Lembaga untuk Kesehatan Reproduksi dalam situasi krisis).

Informasi terkini dalam Pedoman Lapangan ini berdasarkan pada petunjuk teknis normatif Organisasi Kesehatan Sedunia (WHO). Ini juga mencerminkan praktik-praktik yang baik yang terdokumentasikan dalam situasi krisis di seluruh dunia sejak versi awal uji lapangan dari Pedoman Lapangan dikeluarkan pada 1996, yang diikuti oleh versi 1999, Kesehatan Reproduksi dalam Situasi Pengungsi Eksternal: sebuah Pedoman Lapangan Antar-lembaga. Edisi terkini ini mencerminkan luasnya aplikasi dari prinsip-prinsip dan isi teknis Pedoman Lapangan di luar situasi pengungsi eksternal, sehingga memperluas penggunaannya ke dalam berbagai krisis, termasuk zona konflik dan bencana alam.

Sejak 1999, masyarakat humanitarian telah mengembangkan lebih lanjut standar-standar maupun pedoman untuk bidang-bidang yang terkait dengan kesehatan reproduksi, termasuk gender, kekerasan berbasis gender, dan HIV/AIDS dalam situasi darurat bencana. *Sphere Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response* versi 2004 (Piagam Kemanusiaan Sphere dan standard minimal dalam respon bencana versi 2004) memasukkan Paket Pelayanan Awal Minimum untuk Kesehatan Reproduksi—Bab 2 dari Pedoman Lapangan ini—sebagai standar minimum pelayanan pada respon bencana. Buku pedoman dan alat bantu yang baru yang dikembangkan selama proses reformasi kemanusiaan (humanitarian reform) dan sistem cluster tetap mengikuti petunjuk Pedoman Lapangan untuk intervensi kesehatan reproduksi dalam situasi darurat bencana.

Masyarakat politik global juga telah mencatat kemajuan, terutama dalam menangani tingkat kekerasan seksual dalam konflik bersenjata. Resolusi Dewan Keamanan Perserikatan Bangsa-Bangsa 1325, 1820, 1888, dan 1889 mengenai Perempuan, Perdamaian, dan Keamanan menegaskan kebutuhan unik, perspektif, dan kontribusi perempuan dan anak perempuan dalam situasi konflik. Untuk kali pertama dalam sejarah, kesehatan reproduksi diakui pada tingkat Dewan Keamanan, di mana Resolusi 1889 secara tegas menyebutkan pentingnya akses perempuan dan anak perempuan ke layanan kesehatan reproduksi dan hak reproduksi guna mencapai kondisi sosial ekonomi yang lebih baik dalam situasi pasca konflik.

Sayangnya, banyak penduduk terpaksa masih harus mengungsi selama berpuluh-puluh tahun di kamp pengungsi eksternal, permukiman pengungsi internal atau lingkungan perkotaan yang asing bagi mereka, lantaran konflik yang terus berlangsung atau sebagai akibat dari bencana alam. Lama rata-rata pengungsian eksternal adalah 17 tahun. Banyak orang yang terkena dampak oleh keadaan darurat yang kronis tersebut menjadi sangat rentan terhadap masalah reproduksi yang mengancam hidup mereka, sehingga menjadi tantangan yang serius terhadap upaya-upaya untuk mencapai tolak ukur global, termasuk Tujuan Pembangunan Milenium (MDG). Pedoman Lapangan edisi revisi ini bertujuan untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan penduduk yang terkena dampak mulai dari fase awal bantuan sampai transisi ke pembangunan, sembari mengembangkan kesiapsiagaan dan layanan berkualitas tinggi yang memastikan partisipasi maksimal masyarakat yang terkena dampak.

Lebih dari 15 tahun telah berlalu sejak Konferensi Internasional mengenai Kependudukan dan Pembangunan 1994 mengakui kesehatan reproduksi sebagai hak asasi manusia, dan lebih dari 10 tahun telah dijalani dalam penerapan praktis Pedoman Lapangan 1999. Sebagai anggota dari masyarakat kemanusiaan/humanitarian, kita memiliki tanggung jawab bersama untuk menegakkan dan mewujudkan hak atas kesehatan reproduksi untuk semua perempuan, laki-laki, dan remaja dalam situasi darurat bencana.

Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Crises

(Kelompok Kerja Antar Lembaga untuk Kesehatan Reproduksi dalam situasi krisis)

Daftar Isi

Pendahuluan	1
Bab 1: Prinsip-prinsip Dasar	5
Bab 2: Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM)	21
Bab 3: Assessment, Monitoring dan Evaluasi	59
Bab 4: Kesehatan Reproduksi Remaja	97
Bab 5: Keluarga Berencana	111
Bab 6: Kesehatan Maternal dan Neonatal	139
Bab 7: Perawatan Aborsi Komprehensif	163
Bab 8: Kekerasan Berbasis Gender	177
Bab 9: Infeksi Menular Seksual	191
Bab 10: HIV	209
Lampiran 1: Glosarium	227
Lampiran 2: Akronim dan Singkatan	233
Lampiran 3: Contoh Pedoman Perilaku	235

Struktur bab teknis (4 sampai 10):

- Pengantar
- Tujuan
- Penyusunan program
- Pertimbangan Hak Asasi Manusia dan Hukum
- Monitoring
- Bacaan Lebih Lanjut

Kesehatan reproduksi adalah komponen penting dari respon darurat bencana

Semua orang, termasuk mereka yang hidup dalam situasi darurat bencana, berhak atas kesehatan reproduksi. Untuk melaksanakan hak tersebut, penduduk yang terkena dampak harus memiliki lingkungan yang memungkinkan dan akses ke informasi dan layanan kesehatan reproduksi yang komprehensif sehingga mereka bisa membuat pilihan secara bebas dan berdasarkan informasi.

Layanan kesehatan reproduksi yang berkualitas harus berdasarkan pada kebutuhan penduduk yang terkena dampak, khususnya kebutuhan perempuan dan anak perempuan. Mereka harus menghormati nilai-nilai keagamaan dan etika serta latar belakang budaya masyarakat, dan mematuhi standar internasional hak asasi manusia yang diakui secara universal.

Layanan kesehatan reproduksi mencakup berbagai layanan. Layanan-layanan tersebut ditetapkan sebagai berikut dalam Program Aksi Konferensi Internasional mengenai Kependudukan dan Pembangunan (ICPD) yang diselenggarakan di Kairo, Mesir, pada September 1994:

- konseling, informasi, pendidikan, komunikasi, dan layanan keluarga berencana;
- pendidikan dan layanan untuk perawatan pranatal, persalinan yang aman, dan perawatan nifas, serta perawatan kesehatan bayi dan perempuan;
- pencegahan dan perawatan yang tepat untuk infertilitas/kemandulan;
- pencegahan aborsi dan penanganan akibat dari aborsi;
- perawatan infeksi saluran reproduksi, penyakit menular seksual, termasuk HIV/AIDS;
- pencegahan, deteksi dini, dan penanganan kanker payudara dan kanker sistem reproduksi, serta kondisi kesehatan reproduksi lainnya;
- pencegahan secara aktif atas praktik tradisional yang berbahaya, seperti Female Genital Mutilation (FGM)/sunat perempuan.

Dalam menyediakan layanan kesehatan reproduksi yang komprehensif dan berkualitas tinggi membutuhkan pendekatan multisektoral yang terpadu. Personel perlindungan, kesehatan, gizi, pendidikan, dan pelayanan masyarakat, semua memainkan peran dalam merencanakan dan menyediakan layanan kesehatan reproduksi.

Cara yang terbaik untuk menjamin bahwa layanan kesehatan reproduksi memenuhi kebutuhan penduduk yang terkena dampak adalah dengan melibatkan masyarakat dalam tiap-tiap fase pengembangan layanan tersebut, mulai dari merancang program sampai meluncurkan dan menjalankan program, kemudian mengevaluasi dampaknya. Hanya dengan cara ini masyarakat akan memperoleh manfaat dari layanan-layanan yang disesuaikan secara khusus dengan kebutuhan dan permintaan mereka, dan hanya dengan cara ini mereka akan memiliki andil dalam masa depan layanan-layanan tersebut.

Pendahuluan

IAWG

Pada suatu Simposium Antar-lembaga mengenai Kesehatan Reproduksi dalam Situasi Pengungsi Eksternal yang diselenggarakan di Jenewa, Swiss, pada Juni 1995, lebih dari 50 pemerintah, lembaga swadaya masyarakat (LSM), dan lembaga PBB memberi komitmen mereka untuk meningkatkan layanan kesehatan reproduksi kepada pengungsi eksternal. Mereka kemudian membentuk IAWG, atau *Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Refugee Situations*, yang kini bernama *Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises*. (Kelompok Kerja antar Lembaga untuk Kesehatan Reproduksi dalam situasi krisis)

IAFM

Menyusul simposium tersebut, IAWG, dengan berkonsultasi dengan masyarakat yang terkena dampak, menghasilkan, menguji secara tuntas di lapangan, dan akhirnya mencetak dan menyebarkan edisi perdana Pedoman Lapangan Antar-lembaga tentang Kesehatan Reproduksi dalam Situasi Pengungsi Eksternal (IAFM atau "Pedoman Lapangan") pada tahun 1999. Supaya mencerminkan aplikasi luas dari prinsip-prinsip serta isi teknis Pedoman tersebut yang di luar situasi pengungsi eksternal, maka sekarang dinamakan Pedoman Lapangan tentang Kesehatan Reproduksi dalam Situasi Darurat bencana. Pedoman Lapangan ini mendukung penyelenggaraan layanan kesehatan reproduksi yang berkualitas. Tujuan yang ingin dicapainya dalam situasi bencana adalah:

- menggariskan seperangkat intervensi kesehatan reproduksi minimum yang baku yang akan ditempatkan sebagai prioritas;

- menjadi alat bantu untuk memfasilitasi diskusi dan pengambilan keputusan dalam perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi dari intervensi kesehatan reproduksi;
- memandu para petugas kesehatan reproduksi, manajer program kesehatan reproduksi, dan penyedia layanan dalam memperkenalkan dan/atau memperkuat intervensi kesehatan reproduksi berbasis bukti yang berlandaskan kebutuhan dan permintaan penduduk yang terkena dampak dan dengan sepenuhnya menghormati keyakinan dan nilai-nilai mereka;
- mengadvokasikan suatu pendekatan multisektoral dalam memenuhi kebutuhan kesehatan reproduksi dari masyarakat yang terkena dampak dan untuk membina koordinasi di antara semua mitra

Apa yang baru dalam IAFM, edisi ke-2?

IAWG merevisi dan memutakhirkan setiap bab. Selain pemutakhiran perihal pengorganisasian, logistik, dan klinis yang terkait dengan koordinasi dan pelaksanaan layanan kesehatan reproduksi, edisi ini memuat bab baru tentang Perawatan Aborsi secara Aman. Juga memisahkan bab mengenai HIV dan Infeksi Menular Seksual dari edisi terdahulu menjadi dua bab yang terpisah. Bab yang berjudul kesehatan reproduksi untuk orang muda di edisi terdahulu diubah menjadi Kesehatan Reproduksi Remaja (Catatan: kesehatan reproduksi remaja masih merupakan tema yang relevan yang terkait bab-bab lainnya.) Bab Keselamatan Ibu sekarang berjudul Kesehatan Maternal dan Neonatal untuk memberi penekanan pada keberlanjutan dari masa antenatal ke masa nifas.

Petunjuk dalam dokumen ini adalah aktual pada saat diterbitkan. IAWG akan

menyediakan informasi mutakhir mengenai rekomendasi teknis dan teknologi yang baru untuk intervensi kesehatan reproduksi di www.iawg.net.

Untuk siapa IAFM diperuntukkan?

Petugas kesehatan reproduksi dan manajer program kesehatan reproduksi dalam situasi darurat bencana adalah pengguna utama Pedoman Lapangan ini. Penyedia layanan kesehatan reproduksi (dokter, perawat, bidan, dsb) juga akan menemukan informasi yang bermanfaat, meskipun pedoman ini tidak memuat petunjuk klinis yang terperinci. Petugas layanan masyarakat, petugas perlindungan, dan lainnya yang bekerja untuk memenuhi kebutuhan perempuan, orang muda, dan laki-laki yang terkena dampak juga akan memperoleh manfaat dari petunjuk yang ditawarkan dalam dokumen ini.

Garis besar IAFM, edisi ke-2

Dari Mana Harus Mulai

Paket Layanan Awal Minimum (PPAM) untuk kesehatan reproduksi dalam situasi krisis merupakan seperangkat kegiatan prioritas yang akan dilaksanakan pada awal suatu keadaan darurat. Layanan kesehatan reproduksi yang komprehensif harus diselenggarakan begitu situasi memungkinkan.

Oleh karena itu, kami menyarankan pembaca memulai dengan Bab 1: Prinsip-prinsip Dasar dan Bab 2: Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM), sebelum melanjutkan ke bab-bab teknis lainnya.

Bab 1: Prinsip-prinsip Dasar meletakkan landasan untuk bab-bab teknis selanjutnya dan memberikan pedoman prinsip untuk penyelenggaraan semua perawatan kesehatan reproduksi.

Komponen-komponen kesehatan reproduksi sebagaimana diuraikan dalam Pedoman Lapangan adalah:

Bab 2: PPAM

Bab 3: Assessment, Monitoring dan Evaluasi

Bab 4: Kesehatan Reproduksi Remaja

Bab 5: Keluarga Berencana

Bab 6: Kesehatan Maternal dan Neonatal

Bab 7: Perawatan Aborsi komprehensif **BARU***

Bab 8: Kekerasan Berbasis Gender

Bab 9: Infeksi Menular Seksual **BARU**

Bab 10: HIV **BARU**

* Meskipun hanya bab-bab yang diberi tanda **“BARU”** yang sepenuhnya baru, **SEMUA** bab telah dimutakhirkan secara signifikan.

Sedapat mungkin, masing-masing bab memuat informasi yang berdiri sendiri. Akan tetapi, untuk menghindari pengulangan, beberapa bab memuat referensi di dalam naskah yang menunjuk ke topik-topik terkait yang terdapat dalam bab-bab lainnya.

Standar teknis yang dimuat dalam Pedoman Lapangan adalah yang ditetapkan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (**WHO**). Pedoman Lapangan memberikan arahan program dengan sering memuat rujukan ke materi tambahan yang terdapat pada CD-ROM terlampir (BARU) dan digunakan untuk memastikan berlangsungnya penyelenggaraan kesehatan reproduksi yang komprehensif dan handal.

Melangkah lebih jauh: koordinasi dan integrasi

IAFM menangani kebutuhan-kebutuhan khusus para remaja. Perhatikan juga bahwa Pedoman Lapangan hanya membahas soal kanker servikal (Bab 9). Kanker lainnya yang sama-

sama penting dari sisi kesehatan masyarakat, seperti kanker payudara dan kanker prostat, juga membutuhkan perhatian yang seksama namun tidak tercakup dalam pedoman ini.

Di samping sanitasi, pangan, air, permukiman, perlindungan, dan pelayanan kesehatan dasar yang memadai, jenis-jenis program dan layanan lainnya secara langsung maupun tidak langsung juga berkontribusi kepada kesejahteraan reproduksi dari penduduk yang terkena dampak. Hal ini meliputi:

- Layanan sosial dan kesehatan jiwa
- Pendidikan dan pemberdayaan perempuan dan anak perempuan
- Mata pencaharian dan peningkatan pendapatan
- Akses yang aman ke bahan bakar memasak dan sumber bahan bakar alternatif, serta kegiatan intersektoral lainnya yang dapat mengurangi risiko kekerasan seksual.

Memastikan kesehatan reproduksi dari penduduk yang terkena dampak yang tinggal dalam situasi darurat bencana menuntut agar para petugas, manajer program, dan penyedia layanan kesehatan reproduksi berkoordinasi dengan layanan-layanan lainnya dan menerapkan suatu pendekatan multisektoral dan terpadu.



Daftar Isi

1 PENDAHULUAN	5
2 TUJUAN	6
3 PRINSIP-PRINSIP DASAR DALAM PENYUSUNAN PROGRAM KESEHATAN REPRODUKSI DALAM SITUASI DARURAT BENCANA	7
3.1 Koordinasi	7
3.2. Kualitas pelayanan	8
3.3 Komunikasi	9
3.4 Partisipasi masyarakat	11
3.5 Pengembangan kapasitas teknis dan manajemen	13
3.6 Akuntabilitas	13
3.7 Hak asasi manusia	15
3.8 Advokasi	17
4 MONITORING	18
5 BACAAN LANJUTAN	20

1 Pendahuluan

Apakah yang dimaksud dengan kesehatan reproduksi?

Kesehatan reproduksi adalah keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial yang menyeluruh -dan tidak tidak semata-mata terbebas dari penyakit atau kecacatan- dalam semua hal berhubungan dengan sistem reproduksi dan fungsi serta prosesnya. Kesehatan reproduksi oleh karena itu menyatakan bahwa seseorang mampu memiliki kehidupan seks yang memuaskan dan aman dan bahwa mereka memiliki kemampuan untuk bereproduksi dan bebas untuk memutuskan, kapan dan seberapa sering melakukannya.

Yang tersirat dalam persyaratan terakhir adalah hak laki-laki dan perempuan untuk memperoleh informasi dan memiliki akses ke metode-metode keluarga berencana yang aman, efektif, terjangkau, dan dapat diterima, yang mereka pilih sendiri, dan juga metode lainnya sesuai pilihan mereka sendiri untuk pengaturan kesuburan yang tidak bertentangan dengan hukum. Mereka juga harus memiliki hak untuk mengakses layanan kesehatan yang tepat yang memungkinkan perempuan untuk menjalani kehamilan dan persalinan dengan aman sehingga memberikan para pasangan peluang yang terbaik untuk mendapatkan seorang bayi yang sehat.

Lihat Konferensi Internasional mengenai Kependudukan dan Pembangunan – Kairo 1994, Aksi Program, paragraf 7.2.

Mengapa penting untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan kesehatan reproduksi dalam situasi darurat bencana?

Situasi darurat bencana adalah suatu peristiwa atau serangkaian peristiwa yang telah mengakibatkan ancaman yang kritis terhadap kesehatan, keselamatan, keamanan atau kesejahteraan suatu masyarakat atau sekelompok besar orang. Kemampuan bertahan dari masyarakat yang terdampak menjadi kewalahan dan bantuan dari luar dibutuhkan. Hal ini bisa merupakan akibat dari peristiwa seperti konflik bersenjata, bencana alam, epidemi atau kelaparan dan sering kali menyebabkan penduduk harus mengungsi.

1

BAB SATU

Prinsip-prinsip Dasar

Prinsip-prinsip Dasar

Dalam situasi darurat bencana adalah penting untuk menyediakan layanan kesehatan reproduksi sebab:

- Akses ke pelayanan kesehatan reproduksi merupakan suatu hak sebagaimana disebutkan dalam definisi di atas dan dijelaskan di bagian Hak Asasi Manusia di bawah ini.
- Kesakitan dan kematian yang terkait dengan sistem reproduksi merupakan persoalan kesehatan masyarakat yang signifikan (lihat Kotak 1).
- Orang-orang yang terdampak oleh konflik atau bencana berhak atas perlindungan dan bantuan. Pemberian layanan kesehatan reproduksi secara tepat waktu dapat mencegah kematian, penyakit, dan kecacatan terkait dengan kehamilan yang tidak diinginkan, komplikasi kebidanan, kekerasan seksual dan bentuk kekerasan berbasis gender lainnya, infeksi HIV, dan serangkaian gangguan reproduksi.

2 Tujuan

Tujuan dari bab ini adalah:

- menetapkan kerangka kerja yang memandu pelaksanaan penyusunan program kesehatan reproduksi dalam situasi darurat bencana;
- menjelaskan alasan mengapa harus menyediakan layanan kesehatan reproduksi dan menekankan prinsip-prinsip yang melandasi masuknya pelayanan kesehatan reproduksi dalam upaya-upaya bantuan;
- memandu para petugas kesehatan reproduksi, manajer program kesehatan reproduksi, dan penyedia layanan tentang bagaimana memastikan bahwa layanan

kesehatan reproduksi diselenggarakan secara efektif, efisien, dan adil.

Kotak 1: Masalah kesehatan reproduksi adalah Masalah Kesehatan Masyarakat

- ✓ 529,000 perempuan meninggal setiap tahun – satu jiwa setiap menit – karena sebab yang terkait dengan kehamilan. Sembilan puluh persen kematian tersebut terjadi di negara-negara berkembang.¹
- ✓ Anak perempuan berusia 15-19 tahun memiliki kemungkinan dua kali lebih besar untuk meninggal saat melahirkan daripada perempuan yang berusia 20-an tahun. Anak perempuan yang berusia di bawah 15 tahun memiliki kemungkinan lima kali lebih besar untuk meninggal saat melahirkan.¹
- ✓ Lebih dari 340 juta kasus baru penyakit menular seksual terjadi setiap tahun.¹
- ✓ Hampir 34 juta orang di dunia terinfeksi HIV.¹
- ✓ 120 juta perempuan mengatakan tidak ingin menjadi hamil, tetapi mereka tidak menggunakan satu pun metode keluarga berencana.²
- ✓ 20 juta aborsi tidak aman terjadi setiap tahun – 55,000 setiap hari – yang berujung dengan 80,000 kematian ibu dan ratusan ribu kecacatan
- ✓ Diprakirakan bahwa setiap tahun puluhan ribu perempuan dan anak perempuan menjadi korban penyerangan seksual dalam situasi konflik di seluruh dunia.

¹ The World Health Report 2005: Make Every Mother and Child Count." World Health Organization, 2005. http://www.who.int/whr/2005/whr2005_en.pdf

² Reproductive Health: Ensuring That Every Pregnancy is Wanted. UNFPA. <http://www.unfpa.org/rh/planning.htm>

3 Prinsip-prinsip dasar dalam penyusunan program kesehatan reproduksi dalam situasi darurat bencana

Prinsip-prinsip berikut ini mendasari pelaksanaan penyusunan program kesehatan reproduksi dalam situasi darurat bencana

1. Koordinasi
2. Kualitas pelayanan
3. Komunikasi
4. Partisipasi masyarakat
5. Pengembangan kapasitas teknis dan manajemen
6. Akuntabilitas
7. Hak asasi manusia
8. Advokasi

3.1 Koordinasi

Apakah yang dimaksud dengan koordinasi?

Koordinasi meliputi pertukaran informasi, kompromi, dan aksi kolaboratif.

Agar supaya layanan kesehatan reproduksi dalam suatu situasi darurat bencana menjadi adil, efektif, dan efisien, maka koordinasi harus diselenggarakan secara lintas lembaga:

- di antara badan dan lembaga resmi lainnya, seperti, misalnya, pemerintah negara penyelenggara, lembaga swadaya masyarakat (LSM), dan lembaga PBB.
- lintas sektor dan cluster;
- di dalam penyusunan program kesehatan, mencakup berbagai tingkat penyedia layanan: dokter, bidan, perawat, asisten kesehatan, dan penyedia layanan kesehatan lainnya, seperti pekerja kesehatan

masyarakat dan dukun bayi

- mencakup berbagai tingkat pelayanan: dari masyarakat sampai puskesmas dan rumah sakit rujukan.

Satu hal yang penting adalah bahwa koordinasi penyusunan program kesehatan reproduksi dilaksanakan secara terpadu dengan koordinasi sektor/cluster kesehatan secara menyeluruh dan meliputi:

- Melaksanakan Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM)
- Menyediakan supply yang penting
- Mengelola informasi kesehatan
- Melakukan penilaian
- Melatih penyedia layanan
- Mengintegrasikan layanan kesehatan reproduksi yang komprehensif di dalam layanan kesehatan dan sosial

Mengapa koordinasi begitu penting?

Koordinasi kesehatan reproduksi di dalam sektor/cluster kesehatan dan dengan sektor/cluster terkait lainnya dapat meningkatkan efisiensi, efektivitas, dan kecepatan respon, memungkinkan pengambilan keputusan dan penyelesaian permasalahan secara strategis, dan membantu mencegah kesenjangan dan duplikasi dalam layanan.

Koordinasi akan membantu penyelenggaraan suatu paket standard layanan-layanan kesehatan reproduksi di seluruh wilayah tertentu, sehingga menjadikan pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas baik terjangkau untuk umum. Hal ini dapat menciptakan suatu efek yang lebih besar yang berujung dengan cakupan yang lebih luas serta penggunaan sumber daya secara efisien, dan yang dapat mengimbangi keterbatasan yang mungkin dimiliki suatu lembaga tunggal dalam hal keahlian, staf, sumber daya atau rentang kegiatan.

Bagaimana koordinasi harus diselenggarakan?

- Pada awal terjadinya suatu situasi darurat kemanusiaan dimana sistem

cluster Interagency Standing Committee (IASC) diaktifkan, lembaga ketua cluster kesehatan harus memastikan bahwa suatu lembaga telah ditetapkan untuk mengkoordinasikan kesehatan reproduksi di dalam cluster kesehatan. Koordinator kesehatan reproduksi dipilih berdasarkan ada tidaknya perwakilan di lapangan serta kemampuan operasional untuk mendukung pelaku sektor/cluster kesehatan lainnya dalam melaksanakan layanan kesehatan reproduksi. Dalam hal sistem cluster tidak diaktifkan, maka suatu lembaga harus ditetapkan sebagai koordinator kesehatan reproduksi oleh lembaga koordinator sektor kesehatan

- Lembaga yang ditetapkan untuk mengkoordinasi kesehatan reproduksi harus menetapkan seorang petugas kesehatan reproduksi. Petugas kesehatan reproduksi bekerja di dalam mekanisme koordinasi kesehatan untuk memastikan bahwa mitra-mitra cluster kesehatan diberi dukungan teknis dan operasional dalam meningkatkan cakupan layanan kesehatan reproduksi di wilayah krisis.

Para pekerja kemanusiaan yang memiliki tanggung jawab terkait (koordinator kesehatan, petugas kesehatan reproduksi, focal point GBV/gender, dan focal point HIV) harus bekerja sama secara erat dan bertukar informasi secara berkala.

Di samping memfasilitasi komunikasi lintas lembaga dan sektor, petugas kesehatan reproduksi juga harus memastikan bahwa manajer program kesehatan reproduksi berhubungan dengan masyarakat setempat, pemerintah setempat, dan pelaku terkait lainnya untuk memastikan bahwa masalah kesehatan reproduksi dari para pelaku tsb dipertimbangkan.

- Agar terselenggara akses ke pelayanan kesehatan reproduksi yang sesuai untuk penduduk yang terdampak yang dilayani oleh beragam lembaga, maka petugas

kesehatan reproduksi harus menyediakan petunjuk teknis dan mengadvokasi kepatuhan pada standar-standar antarlembaga (seperti yang dijelaskan dalam pedoman ini, pedoman IASC, dan Sphere Handbook) yang menetapkan kepatuhan pada standar nasional dan pedoman yang sesuai.

3.2. Kualitas pelayanan

Apakah yang dimaksud dengan kualitas pelayanan?

Pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas baik adalah yang bersifat komprehensif, terjangkau, dan inklusif, dan yang menjawab kebutuhan kesehatan reproduksi semua orang tanpa diskriminasi. Hal ini berarti bahwa perempuan, laki-laki, remaja, manula, dan penyandang cacat – dari semua etnis, agama, dan orientasi seksual – memiliki akses ke layanan-layanan yang memenuhi standar yang diakui.

Mengapa kualitas pelayanan penting?

- Layanan yang berkualitas baik membantu memenuhi hak asasi manusia.
- Layanan yang berkualitas baik adalah efektif:
 - ▶ Klien berkemungkinan lebih besar akan menggunakan layanan dan menjalankan praktik kesehatan yang baik apabila mereka menerima pelayanan yang berkualitas baik.
 - ▶ Penyedia merasa puas dan termotivasi secara profesional saat menyediakan layanan yang berkualitas bagus.

Bagaimana cara meningkatkan kualitas pelayanan?

Kualitas pelayanan meningkat apabila *organisasi*:

- mematuhi protokol klinis standar, misalnya, pedoman pengobatan dan standard pencegahan;

- memastikan cakupan fasilitas dan personel yang memadai. Pedoman Sphere dan PBB menyarankan tingkat-tingkat minimum sebagai berikut:
 - ▶ Satu pekerja kesehatan masyarakat per 500 – 1000 jiwa penduduk
 - ▶ Pekerja kesehatan masyarakat harus mencakup perempuan, laki-laki, pemuda, anggota dari berbagai kelompok etnis, penyandang cacat, dan kelompok penduduk lainnya
 - ▶ Satu puskesmas dengan 2-5 penyedia layanan per 10,000 jiwa penduduk:
 - ▷ Satu penyedia layanan kesehatan yang berkualifikasi per 50 konsultasi pasien rawat jalan per hari
 - ▷ Satu rumah sakit per 50,000 jiwa penduduk, dengan setidaknya 5 penyedia layanan yang berkualifikasi, termasuk paling sedikit 1 dokter
 - ▷ Satu penyedia layanan kesehatan yang berkualifikasi per 50 konsultasi pasien rawat jalan per hari
 - ▷ Satu penyedia layanan yang berkualifikasi dan bertugas per 20-30 tempat tidur pasien rawat inap
- Mempekerjakan dan mendukung penyedia layanan laki-laki dan perempuan yang kompeten dan memberikan update secara berkala serta pelatihan mengenai praktik-praktik yang baik
- menjaga dan mengkoordinasi sistem-sistem logistik agar supply selalu mencukupi
- memastikan bahwa metode-metode monitoring dan evaluasi mengukur kualitas layanan dan membawa ke peningkatan kualitas (lihat Bab 3: Assessment, Monitoring dan Evaluasi).

Kualitas pelayanan menjadi meningkat apabila *penyedia layanan*:

- mengikuti perkembangan seputar praktik-praktik yang baik dan menerapkannya pada pekerjaan mereka
- menunjukkan rasa hormat kepada orang-orang yang mereka layani

Kualitas pelayanan menjadi meningkat apabila *anggota masyarakat*:

- diberdayakan untuk dapat meminta pertanggungjawaban lembaga-lembaga pelaksana atas kualitas layanan.

3.3 Komunikasi

Apakah yang dimaksud dengan komunikasi?

Komunikasi melibatkan perantara- media yang menyebarkan informasi melalui saluran-saluran yang tepat (misalnya poster, radio, orang ke orang, dsb) agar masyarakat mendapatkan informasi yang mereka butuhkan, pada saat mereka membutuhkannya, dengan cara yang masuk akal bagi mereka sehingga mereka bisa mengambil keputusan-keputusan yang praktis.

Mengapa komunikasi begitu penting?

- Perempuan, laki-laki, dan remaja harus memahami bagaimana tubuh mereka berfungsi dan bagaimana menjaga dan meningkatkan kesehatan reproduksi mereka. Pengetahuan yang telah dibuktikan secara ilmiah harus dibagi dan dibahas dengan masyarakat untuk mendukung mereka dalam mengambil keputusan tentang kesehatan reproduksi mereka.
- Komunikasi yang efektif dapat menjawab keprihatinan-keprihatinan para penyaring sosial (misalnya pejabat, orang tua, ibu mertua, pasangan intim) sehingga meningkatkan akses ke pelayanan kesehatan reproduksi.

Bagaimana komunikasi dapat diselenggarakan?

Terapkan **praktik-praktik baik yang mendasar** dalam penyusunan program komunikasi. Sebagai contoh:

- Memahami apa yang diketahui dan diyakini oleh target sasaran
- Kembangkan dan pra-ujikan pesan-pesan

Kotak 2: Unsur-unsur Pelayanan Kesehatan Reproduksi yang Berkualitas		
Jenis Layanan		
<p>Permulaan Keadaan Darurat: PPAM</p> <p>Seiring dengan semakin stabilnya situasi: kesehatan reproduksi komprehensif, yang meliputi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pelayanan kesehatan reproduksi remaja • Keluarga berencana • Pelayanan kesehatan maternal dan neonatal • Perawatan aborsi yang aman • Perlindungan dan respon pada kekerasan berbasis gender • Pencegahan dan pelayanan IMS/ISR/HIV/AIDS <p>Hubungan ke layanan-layanan terkait di sektor dan cluster lainnya</p>		
Kompetensi teknis	Fasilitas dan perlengkapan	Supply dan logistik
<ul style="list-style-type: none"> • Gambaran tugas • Protokol pelayanan • Protokol standar pencegahan infeksi • Pelatihan berdasarkan kompetensi • Pengawasan yang mendukung 	<ul style="list-style-type: none"> • Daftar perlengkapan yang dibutuhkan • Penyediaan bahan-bahan yang hilang • Program pelayanan preventif • Perbaikan dan penggantian sesuai kebutuhan • Pembuangan limbah medis 	<ul style="list-style-type: none"> • Inventaris dan penyimpanan • Sistem kontrol inventaris • Jalur logistik
Informasi yang diberikan kepada klien	Kepuasan klien—Apa yang dipedulikan klien? Apakah dia mendapatkannya?	Sistem informasi—Data untuk pengambilan keputusan
<ul style="list-style-type: none"> • Langkah-langkah minimum dalam pencegahan dan pelayanan di rumah • Lokasi dan jam/waktu layanan • Kapan harus mendapatkan pelayanan • Pengetahuan yang memadai untuk mengambil keputusan berdasarkan informasi • Konseling pelayanan (cara memakai obat-obat, efek samping, rujukan, kembali) 	<ul style="list-style-type: none"> • Privasi dari pandangan atau pendengaran orang lain • Kerahasiaan (tidak mengungkap informasi pasien tanpa izin dari pasien) • Kesopanan • Efisiensi • Efektivitas • Keselamatan 	<ul style="list-style-type: none"> • Tujuan informasi • Identifikasi data yang dibutuhkan • Pengumpulan data • Penyimpanan dan pengambilan data • Analisis data • Penggunaan informasi (meningkatkan program, berbagi dengan stakeholders)
<p><i>Diadaptasi dari Bruce, J. (1990). "Fundamental Elements of the Quality of Care: A Simple Framework."</i></p> <p><i>Studies in Family Planning Vol. 21(No. 2): pp. 61-91.</i></p>		

dan bahan-bahan bersama perwakilan dari target sasaran

Buatlah suatu **daftar singkat pesan-pesan inti kesehatan reproduksi** yang disebarluaskan secara konsisten oleh semua penggerak kesehatan dan kesejahteraan sosial di seluruh masyarakat. Contoh “pesan-pesan inti kesehatan reproduksi”:

- Pada permulaan respon darurat (pelaksanaan PPAM): “Perempuan yang mengalami masalah selama kelahiran harus mendapatkan perawatan di rumah sakit di dekat lokasi titik air”.
- Begitu situasi menjadi stabil (pelayanan kesehatan reproduksi yang komprehensif): “Mengatur jarak kelahiran selama sedikitnya dua tahun sebagai bagian dari promosi kesehatan perempuan, anak, dan keluarga”.

Gunakan **kampanye yang mencakup seluruh masyarakat** untuk meningkatkan kesadaran secara luas. Sebagai contoh:

- Sosialisasikan kepada masyarakat bahwa HIV tidak dapat ditularkan dengan berbagi makanan, menjabat tangan atau kontak selintas lainnya.

Gunakan **kampanye yang ditargetkan**, berdasarkan diskusi tentang perilaku yang umum, untuk mempromosikan praktik-praktik yang lebih sehat pada kelompok-kelompok yang rentan. Sebagai contoh:

- Promosikan persalinan di fasilitas
- Tingkatkan penggunaan praktik-praktik seks yang lebih aman.
- Tingkatkan penerimaan keluarga berencana di antara perempuan nifas.
- Promosikan kunjungan ke klinik bagi perempuan yang pernah mengalami pemerkosaan dan bentuk kekerasan berbasis gender lainnya.

Gunakan suatu **model konseling klien** yang memastikan terjalannya interaksi klien-penyedia yang kompeten seperti GATHER:

G – GREET (sapa) klien

A – ASK (tanyakan) apa yang dia butuhkan

T – TELL (beri tahu) apa yang Anda dapat tawarkan kepada dia

H – HELP (bantu) dia memutuskan apa yang paling baik baginya

E – EDUCATE (didik) dia perihal pilihan yang dia ambil

R – RETURN (kembali) jadwalkan kunjungan kembali dan beri tahu bahwa dia bisa kembali kapan pun dia mempunyai pertanyaan

3.4 Partisipasi masyarakat

Apakah yang dimaksud dengan partisipasi masyarakat?

Yang dimaksud dengan partisipasi adalah keterlibatan dari stakeholder kunci dalam semua aspek dari siklus program — assessment, perancangan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi (lihat Bab 3: Assessment, Monitoring dan Evaluasi). Peluang untuk keterlibatan harus transparan, bebas dari pemaksaan, dan terbuka bagi semua. Yang penting adalah untuk memastikan partisipasi semua kelompok, termasuk perempuan, laki-laki, dan remaja (laki-laki maupun perempuan). Mungkin perlu juga diusahakan keterlibatan aktif dari kelompok-kelompok yang seringkali terpinggirkan, seperti kaum minoritas, pemuda, janda, dan penyandang cacat.

Mengapa partisipasi masyarakat penting?

Partisipasi masyarakat adalah penting untuk memastikan kesesuaian, penerimaan, dan keberlanjutan dari program-program kesehatan reproduksi. Mengembalikan rasa memiliki kendali dan kemerdekaan kepada pelaku lokal dapat membantu masyarakat memulihkan diri dari krisis. Partisipasi masyarakat yang berhasil adalah yang melibatkan baik perempuan maupun laki-laki dalam pengambilan keputusan dan pelaksanaan.

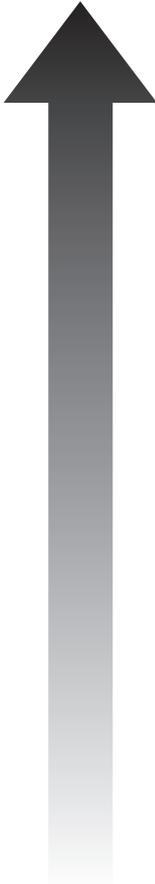
Bagaimana partisipasi masyarakat dilakukan?

Pelaku eksternal (pekerja/staf lembaga pelaksana PBB atau LSM dari luar masyarakat) harus memprakarsai partisipasi semenjak tahap awal respon dan bergerak secara progresif untuk menyerahkan kendali atas program kepada pelaku lokal (lihat Gambar 1). Salah satu langkah awal adalah menetapkan tokoh masyarakat laki-laki dan perempuan atau penyedia layanan kesehatan, di antara penduduk yang terdampak.

PPAM diprakarsai sebagai suatu prioritas

dalam situasi darurat bencana berdasarkan kebutuhan nyata untuk memiliki akses yang segera ke layanan-layanan penting. Informasi yang dikumpulkan lewat partisipasi masyarakat pada fase awal respon mengarahkan untuk layanan-layanan yang sedang berjalan dan rencana layanan di masa yang akan datang. Informasi tersebut dapat mencakup praktik-praktik persalinan setempat, kebutuhan pelatihan para penyedia pelayanan kesehatan, serta kendala-kendala terhadap akses, seperti, misalnya, persyaratan bahwa penyedia layanan kesehatan harus berbahasa yang sama atau preferensi budaya dimana penyedia diminta berjenis kelamin yang sama dengan klien.

Gambar 1: Partisipasi Masyarakat

<p>Lebih banyak kendali lokal</p>  <p>Sedikit kendali lokal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pelaku lokal (perempuan dan laki-laki) yang mengelola proyek; pelaku eksternal* memberikan saran
	<ul style="list-style-type: none"> • Pelaku lokal dan eksternal mengelola proyek secara bersama melalui hubungan kemitraan
	<ul style="list-style-type: none"> • Pelaku lokal dan eksternal melaksanakan kegiatan secara bersama dengan menggabungkan kontribusi lokal dan eksternal. Pelaku eksternal tetap bertanggung jawab atas manajemen dan monitoring.
	<ul style="list-style-type: none"> • Pelaku lokal dan eksternal mengambil keputusan secara bersama dengan menggunakan proses analisis dan perencanaan gabungan. Pelaku eksternal melaksanakan, mengelola, dan memonitor proyek-proyek.
	<ul style="list-style-type: none"> • Pelaku eksternal berkonsultasi dengan anggota masyarakat untuk mendapatkan informasi lokal dan mencari tahu kebutuhan-kebutuhan yang dirasakan. Pelaku eksternal melakukan perencanaan berdasarkan informasi dari masyarakat sebelum melaksanakan, mengelola, dan memantau proyek-proyek.
	<ul style="list-style-type: none"> • Anggota masyarakat diinformasikan oleh pelaku eksternal tentang program-program yang direncanakan. Pelaku eksternal merencanakan, melaksanakan, mengelola, dan memantau proyek-proyek.

*Pekerja LSM kemanusiaan/staf lembaga pelaksana dari luar masyarakat.

3.5 Pengembangan kapasitas teknis dan manajemen

Apakah yang dimaksud dengan pengembangan kapasitas?

Pengembangan kapasitas mencakup peningkatan-peningkatan yang dibutuhkan di dalam suatu organisasi guna memastikan tersedianya kompetensi teknis maupun manajemen yang memadai untuk melayani klien dan untuk memperluas program-program. Organisasi-organisasi lokal dan internasional harus bekerjasama dalam kemitraan dua-arah.

- Penyedia-penyedia layanan harus kompeten untuk dapat menyediakan pelayanan yang berkualitas baik.
- Organisasi-organisasi harus memiliki sistem manajemen untuk:
 - ▶ merekrut, melatih, menempatkan, mengawasi, dan mendukung penyedia layanan
 - ▶ merawat fasilitas dan perlengkapan
 - ▶ memastikan supply
 - ▶ merancang, memonitor, dan mengevaluasi layanan
 - ▶ bekerja dengan stakeholders
 - ▶ menghimpun dan mengelola dana

Mengapa pengembangan kapasitas penting?

- Organisasi-organisasi membutuhkan kapasitas teknis dan manajemen yang memadai agar secara efektif memberikan layanan kesehatan reproduksi untuk penduduk yang membutuhkan.
- Kapasitas yang lebih besar di dalam organisasi-organisasi lokal, nasional, regional, dan internasional dapat meningkatkan cakupan, kualitas, dan keberlanjutan dari layanan kesehatan reproduksi.
- Penyedia layanan atau lembaga lokal sering kali bertanggung jawab menjalankan program-program pada saat ancaman keamanan meningkat.

Bagaimana pengembangan kapasitas dilakukan?

- Menilai kelebihan dan kelemahan teknis dan manajemen saat ini dari masing-masing organisasi mitra dan tetapkan bidang-bidang fokus untuk peningkatan.
- Tentukan dan sepakati peranan dan tanggung jawab yang jelas bagi masing-masing mitra dan dokumentasikan peranan-peranan tersebut.
- Bersama-sama merancang, melaksanakan, dan mengevaluasi pelatihan teknis, pemutakhiran, dan sistem peningkatan manajemen.

3.6 Akuntabilitas

Apakah akuntabilitas?

Akuntabilitas adalah proses pertanggungjawaban oleh orang-perseorangan dan organisasi atas capaian kerja menurut standar-standar dan prinsip-prinsip tertentu. Standar-standar dan prinsip-prinsip yang relevan dalam hal ini mencakup tanggung jawab fiskal, prinsip-prinsip kemanusiaan, standar profesi, hukum lokal dan internasional serta prinsip-prinsip yang telah diuraikan dalam bab ini. Akuntabilitas dapat berupa pengenaan sanksi atas pelanggaran standar-standar tersebut, misalnya, pemecatan karena eksploitasi seksual atau pidana penjara karena pencurian.

Di dalam masyarakat kemanusiaan ada gerakan yang memperjuangkan akuntabilitas bagi para penerima bantuan. Sebagai contoh, *Humanitarian Accountability Partnership (HAP)* — International menggalakkan akuntabilitas kepada penerima manfaat melalui standar-standar dan suatu proses sertifikasi. HAP telah menetapkan tujuh prinsip utama akuntabilitas:

1. Komitmen kepada standar dan hak kemanusiaan
2. Menetapkan standar akuntabilitas organisasi dan mengembangkan kapasitas staf

3. Menyampaikan dan berkonsultasi dengan stakeholders, terutama penerima manfaat dan staf, mengenai standar-standar organisasi, proyek yang akan dilaksanakan, serta mekanisme penanganan permasalahan.
4. Partisipasi — melibatkan penerima manfaat dalam perencanaan, pelaksanaan, monitoring, dan evaluasi program-program
5. Monitoring dan pelaporan tentang kepatuhan atas standar-standar dengan berkonsultasi dengan penerima manfaat
6. Menangani keluhan — memungkinkan penerima manfaat dan staf untuk melaporkan keluhan dan mengupayakan ganti rugi secara aman
7. Mitra pelaksana — mempertahankan komitmen kepada prinsip-prinsip bila bekerja melalui mitra-mitra pelaksana.

Mengapa akuntabilitas penting?

Sistem dan proses akuntabilitas yang efektif membantu pemenuhan hak dan kewajiban yang melekat pada hak-hak asasi universal dan mengakui kemanusiaan yang setara dari semua orang, termasuk mereka yang terdampak oleh krisis, serta pelaku kemanusiaan.

Di dalam masyarakat kemanusiaan, upaya-upaya untuk menggalakkan akuntabilitas telah dimasukkan ke dalam Sphere Humanitarian Charter maupun *Code of Conduct for the International Red Cross and Red Crescent Movement and Nongovernmental Organization in Disaster Relief* (Pedoman Perilaku dari Gerakan Palang Merah dan Bulan Sabit Internasional dan LSM pada respon bencana). Penganut piagam kemanusiaan mengakui kerentanan maupun kapasitas dari penduduk-penduduk yang terdampak.

Reformasi kemanusiaan PBB mengadvokasikan akuntabilitas, kepemimpinan, kemungkinan (*predictability*), dan kemitraan untuk meningkatkan respon.

Bagaimana program bertanggungjawab kepada penerima?

Patuhi standar-standar kemanusiaan, hormati hak asasi manusia, dan taati prinsip-prinsip dasar pelayanan kesehatan reproduksi sebagaimana digariskan dalam pedoman antar lembaga ini serta dokumen-dokumen lainnya, termasuk:

- Sphere Piagam Kemanusiaan dan Standar Minimum dalam Respon Bencana
- Buletin Sekretaris Jenderal PBB “Langkah-langkah khusus untuk perlindungan dari eksploitasi seksual dan pelecehan seksual”
- Buku Pegangan Gender IASC dalam Aksi Kemanusiaan
- Pedoman IASC untuk Intervensi Kekerasan Berbasis Gender dalam Bantuan Kemanusiaan
- Pedoman IASC untuk Intervensi HIV/AIDS dalam Situasi Darurat
- Pedoman IASC tentang Kesehatan Jiwa dan Dukungan Psikososial dalam situasi Darurat
- Matriks IASC tentang Peranan dan Tanggung Jawab Lembaga untuk Memastikan Strategi Bahan Bakar yang Terkoordinasi dan Multisektoral dalam Situasi darurat bencana dan Diagram Pohon Keputusan IASC tentang Faktor-faktor yang Berdampak pada Pemilihan Strategi Bahan Bakar dalam Situasi darurat bencana

Selain itu, pastikan bahwa langkah-langkah berikut ini dijalankan:

- Mengadakan komunikasi yang berjalan dengan penduduk yang terdampak tentang organisasi Anda serta rencana-rencana proyek dan karyanya.
- Melibatkan para penerima manfaat dalam semua langkah penyusunan program — assessment, merencanakan, melaksanakan, dan memonitor proyek.
- Mengatur mekanisme-mekanisme bagi penerima manfaat untuk menghubungi perwakilan organisasi, mengajukan keluhan, dan mengupayakan ganti rugi.

Kotak 3: Eksploitasi dan Pelecehan Seksual

Lembaga-lembaga kemanusiaan mempunyai kewajiban untuk menyediakan layanan bagi para penerima manfaat serta bertanggung jawab untuk memastikan bahwa penerima manfaat diperlakukan secara martabat dan rasa hormat dan bahwa standar-standar minimum tertentu terkait perilaku diindahkan. Guna mencegah eksploitasi dan pelecehan seksual, petugas dan manajer kesehatan reproduksi harus:

- menciptakan dan mempertahankan lingkungan kerja yang mencegah eksploitasi dan pelecehan seksual (SEA: Sexual Exploitation and Abuse);
- memastikan bahwa semua staf (nasional dan internasional) menandatangani dan mentaati suatu pedoman perilaku (CoC: Code of Conduct) menentang SEA. Menyimpan dokumen asli dari masing-masing pernyataan di dalam berkas pegawai-pegawai yang bersangkutan;
- memastikan bahwa mekanisme-mekanisme pelaporan tentang SEA oleh penyedia layanan telah siap dan telah diketahui oleh masyarakat;
- mengambil tindakan yang tepat bilamana ditengarai bahwa telah terjadi pelanggaran terhadap standar manapun yang tercantum dalam CoC, atau bahwa perilaku pelecehan atau eksploitasi seksual lain telah terjadi. SEA oleh suatu penyedia layanan merupakan perbuatan kejahatan yang berat dan oleh karena itu merupakan alasan untuk pemutusan hubungan kerja. Standar-standar itu mencakup:
 - ▶ Kegiatan seksual dengan anak-anak (orang yang berusia di bawah 18 tahun) dilarang, terlepas dari umur mayoritas atau usia yang berlaku setempat. Salah menyangka usia seorang anak tidak dapat menjadi pembelaan.
 - ▶ Menukar uang, kerja, barang, atau jasa untuk seks, termasuk tindakan bantuan seksual atau bentuk perilaku lain yang memperlakukan, merendahkan, atau bersifat eksploitatif, dilarang. Ini mencakup pertukaran bantuan yang harus diberikan kepada penerima manfaat.
 - ▶ Hubungan seksual di antara pekerja kemanusiaan dan penerima manfaat sangat tidak dianjurkan karena hubungan tersebut didasarkan pada dinamika kekuasaan yang memang tidak sama. Hubungan seperti itu akan merusak kredibilitas dan integritas pekerja bantuan kemanusiaan.

Guna memaksimalkan efektivitas Pedoman Perilaku, petugas dan manajer program kesehatan reproduksi harus memasang salinan, yang diterjemahkan ke dalam bahasa yang sesuai, di tempat-tempat umum yang mudah terlihat, seperti ruang tunggu di klinik-klinik.

Untuk contoh Pedoman Perilaku lihat Lampiran 3.

- Menerapkan sistem-sistem di dalam organisasi Anda untuk merespon perilaku yang tidak pantas oleh staf (lihat Kotak 3: Eksploitasi dan Pelecehan Seksual).

3.7 Hak asasi manusia

Apakah hak asasi manusia?

Hak asasi manusia internasional adalah seperangkat kewajiban-kewajiban global

yang mengatur bagaimana negara-negara memperlakukan rakyat yang berada dalam wilayah hukumnya dengan tujuan untuk memastikan martabat, kebebasan, dan kesejahteraan yang setara untuk semua orang. Hak asasi manusia bersifat universal; dan berlaku bagi semua orang berdasarkan keadaan bahwa mereka adalah manusia.

Prinsip-prinsip hak asasi manusia yang terkandung di dalam perjanjian-perjanjian internasional dan regional menjadi bagian

dari hukum internasional. Sejumlah perjanjian menetapkan kontrak hukum di antara bangsa-bangsa dalam rangka mendukung hak-hak yang dideklarasikan dalam Deklarasi Hak Asasi Manusia 1948. Hal ini meliputi Konvensi Internasional tentang Hak Sipil dan Politik (1966), Konvensi Internasional tentang Hak Ekonomi, Sosial, dan Kebudayaan (1966), Konvensi tentang Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi terhadap Perempuan (1979), yang secara khusus menguraikan bentuk-bentuk diskriminasi gender serta langkah-langkah yang harus diambil oleh negara-negara untuk menghapuskannya, dan Konvensi tentang Hak Anak (1989).

Selain sistem hak asasi manusia internasional, ada tiga sistem hak asasi manusia regional yang utama, masing-masing memiliki instrumen dan mekanisme hak asasi manusia tersendiri:

- Sistem hak asasi manusia Uni Afrika
- Sistem hak asasi manusia Dewan Eropa
- Sistem hak asasi manusia Inter-Amerika

Dokumen-dokumen lain di mana prinsip-prinsip hak asasi manusia diabadikan, meliputi hukum kemanusiaan internasional, hukum pengungsi internasional dan hukum nasional.

Dokumen-dokumen konsensus politik, seperti dokumen-dokumen hasil konferensi PBB, membantu menafsirkan penerapan standar hak asasi manusia dalam instrumen-instrumen internasional yang mengikat secara hukum. (Silakan lihat CD ROM untuk teks dokumen hak asasi manusia utama)

Negara-negara yang telah menandatangani atau meratifikasi instrumen-instrumen hak asasi manusia wajib untuk menghormati, melindungi dan memenuhi hak asasi manusia. Semua peraturan perundang-undangan nasional dan daerah harus menghormati hak asasi manusia. Negara berkewajiban untuk melindungi orang dari pelanggaran hak-hak mereka oleh orang lain. Sebagai contoh, ketika suatu Negara mengubah peraturannya mengenai perkosaan untuk menjamin bahwa

setiap orang yang diserang, tanpa memandang kewarganegaraan, status perkawinan atau jenis kelamin, dapat menerima respon hukum yang efektif dan layanan yang berkualitas baik, telah mulai memenuhi kewajibannya untuk melindungi dan memenuhi hak-hak. Dengan kata lain, tidak cukup bagi seseorang untuk memiliki hak, tapi dia juga harus dapat menggunakan hak tersebut.

Apakah yang dinamakan hak reproduksi dan bagaimana kaitannya dengan hak asasi manusia?

Hak reproduksi adalah bagian dari hak asasi manusia yang diakui. Konferensi Internasional mengenai Kependudukan dan Pembangunan (International Conference on Population and Development/ICPD) tahun 1994 menetapkan kerangka untuk merealisasikan hak-hak reproduksi: "Hak ini bersandar pada pengakuan hak dasar semua pasangan dan orang-perorangan untuk memutuskan secara bebas dan bertanggung jawab jumlah, jarak dan waktu mempunyai anak dan untuk memiliki informasi dan sarana untuk mendapatkan informasi, serta hak untuk mencapai standar tertinggi kesehatan seksual dan reproduksi. Hak tersebut juga termasuk hak mereka untuk membuat keputusan mengenai reproduksi yang bebas dari diskriminasi, paksaan dan kekerasan."

Hak asasi manusia yang penting untuk kesehatan reproduksi termasuk:

- Hak untuk hidup
- Hak atas keamanan seseorang
- Hak untuk memutuskan jumlah, jarak dan waktu memiliki anak
- Hak atas non-diskriminasi dan kesetaraan
- Hak atas privasi
- Hak atas kesehatan
- Hak untuk mencari, menerima dan menyampaikan informasi
- Hak untuk bebas dari perlakuan yang kejam, merendahkan dan tidak manusiawi
- Hak atas bantuan
- Hak atas manfaat kemajuan ilmiah

Mengapa hak asasi manusia penting untuk penyusunan program kesehatan reproduksi?

Lingkungan hukum dan kebijakan di mana orang-orang (termasuk penyedia layanan), dalam situasi darurat bencana hidup, berpikir dan bertindak akan berdampak pada kesehatan reproduksi penduduk. Lingkungan ini secara resmi mengatur apa yang secara hukum dapat dilakukan oleh pelaku lokal dan eksternal. Mereka juga dapat membentuk sikap dan respon terhadap inisiatif kesehatan reproduksi.

Jika instrumen-instrumen hak asasi manusia internasional terutama menuntut tanggung jawab dari Negara untuk memenuhi hak asasi manusia, maka pelaku-pelaku non-negara seperti badan-badan internasional memainkan peran penting dalam membantu masyarakat menyadari hak-hak mereka. Pekerja kemanusiaan memiliki tanggung jawab ganda untuk secara aktif mempromosikan hak-hak asasi manusia dan memastikan bahwa intervensi tidak melanggar hak-hak tersebut.

Bagaimana program kesehatan reproduksi dapat memajukan hak asasi manusia?

Adalah penting bagi penyedia layanan kesehatan reproduksi untuk mengetahui tentang:

- perjanjian dan konvensi hak asasi manusia internasional dan regional di mana negara tempat mereka bekerja adalah peserta;
- aturan dan protokol nasional yang mengatur: privasi dan kerahasiaan, pengungkapan yang wajib, pendaftaran dan penyediaan obat-obatan;
- hukum-hukum nasional dan / atau hukum adat yang mengatur akses terhadap layanan, perwalian dan pengambilan keputusan berdasarkan informasi;
- hukum pidana nasional dan / atau hukum adat mendefinisikan kejahatan kekerasan seksual dan respon hukum untuk kekerasan seksual (termasuk aturan bukti dan usia legal persetujuan).

Pastikan bahwa program kesehatan reproduksi Anda berbasis hak, yaitu: tersedia, berkualitas baik dan dapat diakses oleh semua. Analisa dan tingkatkan program Anda dalam area-area berikut:

- norma-norma hak asasi manusia internasional
- standar hukum nasional
- adat istiadat setempat
- ketersediaan dan aksesibilitas layanan.

Advokasi dan kolaborasi dengan kelompok-kelompok advokasi di tingkat lokal dan nasional untuk membawa hukum, kebijakan dan praktik menjadi sesuai dengan hak asasi manusia internasional. Hak-hak yang diabadikan dalam perjanjian hak asasi manusia berlaku untuk semua orang, terlepas dari kewarganegaraan atau tempat tinggal; semua itu berlaku untuk pengungsi dan orang yang berpindah secara internal. Namun, layanan yang diterima pengungsi ditentukan oleh hukum nasional negara tuan rumah dan kewajiban internasionalnya. Dalam hal hukum nasional suatu negara tidak sesuai dengan prinsip-prinsip hak asasi manusia, penyedia layanan dapat berkontribusi terhadap perubahan positif melalui upaya-upaya advokasi.

3.8 Advokasi

Apakah advokasi?

Advokasi adalah tindakan strategis untuk memastikan bahwa undang-undang, kebijakan, praktik dan norma-norma sosial memungkinkan orang untuk menikmati hak untuk kesehatan reproduksi mereka. Advokasi kesehatan reproduksi dapat:

- menargetkan undang-undang, kebijakan, praktik-praktik dan norma-norma sosial yang mempengaruhi apakah individu atau kelompok memiliki akses ke informasi dan layanan kesehatan reproduksi
- mempengaruhi orang-orang yang mempunyai kekuasaan membuat keputusan

agar menetapkan kebijakan-kebijakan yang mendukung hak-hak reproduksi;

- mempengaruhi keputusan dan tindakan pemimpin masyarakat yang opininya akan mempengaruhi hak-hak reproduksi masyarakat.

Mengapa advokasi penting?

Advokasi sangat diperlukan dalam situasi darurat bencana untuk memastikan kebijakan yang mendukung dan dana yang memadai untuk pelayanan kesehatan reproduksi yang komprehensif. Penyusunan program kesehatan reproduksi membutuhkan advokasi karena sering disalahpahami, dan menantang beberapa sikap politik dan budaya, dan seringkali tidak dianggap sebagai standar atau kegiatan bantuan prioritas.

Advokasi juga diperlukan untuk memastikan bahwa para pekerja kemanusiaan mematuhi prinsip-prinsip dasar yang diuraikan dalam bab ini.

Bagaimana advokasi dilakukan?

- Advokasi membutuhkan perencanaan strategis yang hati-hati. Advokasi bukanlah proses satu-kali atau linear. Strategi advokasi harus dinilai secara terus menerus dan disesuaikan dengan keadaan yang berubah.
- Strategi advokasi meliputi: identifikasi masalah, tujuan jangka pendek dan jangka panjang, kegiatan-kegiatan dan sumber daya; mengantisipasi tantangan potensial dan mempersiapkan respon serta memantau kegiatan pada saat dilaksanakan.
- Aktivitas yang efektif untuk advokasi meliputi: mengembangkan proposal kebijakan, berbagi contoh-contoh kebijakan kesehatan reproduksi yang baik dengan para pengambil keputusan; menyajikan bukti keberhasilan program dari lapangan; melibatkan para 'pemenang' (orang yang memiliki informasi dan berpengaruh yang dapat memotivasi perubahan pada

orang lain); bekerja di dalam struktur koordinasi yang ada untuk memastikan bahwa program kesehatan reproduksi diprioritaskan untuk pendanaan dan pelaksanaan; mendidik penyedia layanan, dan memelihara komunikasi dengan para pengambil keputusan untuk menjaga mereka tetap mendapat informasi.

4 Monitoring

Langkah-langkah berikut ini dapat digunakan untuk memantau pelaksanaan prinsip-prinsip dasar penyusunan program kesehatan reproduksi.

4.1 Koordinasi

- Apakah kegiatan-kegiatan PPAM sedang berjalan? Apakah layanan PPAM tersedia untuk semua anggota populasi yang terdampak?
- Dalam penyusunan program yang sedang berjalan, apakah semua anggota populasi yang terdampak memiliki akses yang sama terhadap pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif dan berkualitas baik? Apakah indikator kesehatan reproduksi dalam batas-batas yang dapat diterima?

4.2 Akuntabilitas

Pengukuran akuntabilitas digambarkan dengan baik dalam Kemitraan Akuntabilitas Kemanusiaan (*Humanitarian Accountability Partnership*). Beberapa langkah sederhana mencakup:

- Dokumentasi keterlibatan penerima manfaat di dalam perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi program
- Laporan kemajuan proyek secara periodik dipasang di tempat umum
- Dokumentasi tindakan yang diambil dalam merespon keluhan penerima manfaat mengenai program.

4.3 Partisipasi masyarakat

- Tingkat transisi dari pengendalian eksternal menjadi pengendalian lokal terhadap unsur-unsur program.

4.4 Kualitas pelayanan

- Laporan yang menampilkan pengumpulan dan respon terhadap pandangan penduduk penerima manfaat
- Daftar-periksa pengawasan yang dibuat secara teratur dengan skor kualitas yang dapat diterima (lihat Gambar 2).

4.5 Pengembangan Kapasitas

- Proporsi staf klinik dan manajerial yang menunjukkan kinerja sesuai dengan tingkat kompetensi yang dibutuhkan. (Contoh: gambaran tugas seorang bidan mencakup kemampuan untuk melakukan aspirasi vakum manual (*manual vacuum aspiration/ MVA*); tinjauan kinerja tahunan mencatat jumlah MVA yang dilakukan selama satu tahun; sejumlah grafik MVA bidan akan ditinjau (misalnya lima grafik yang dipilih secara acak) dan dinilai dalam hal kepatuhan terhadap protokol standar.)

Gambar 2: Contoh Daftar-Periksa Pengawasan Kesehatan Reproduksi						
Tanggal						
Fasilitas						
Manajer fasilitas						
Pengawas						
SKOR						
Indikator 1: Kualitas Pelayanan Antenatal - Trimester 1						
Langkah	Periksa lima konsultasi Pelayanan AN trimester ke-1 Skor 1 jika tindakan ini dilakukan. Skor 0 jika tindakan ini tidak dilakukan.					
	Nomor Konsultasi	1	2	3	4	5
Tindakan penting	Ps mendapatkan setidaknya 1 TT					
	TD diperiksa					
	Urin diperiksa untuk protein					
	Ps menerima sedikitnya 30 tablet fero sulfat dan asam folat					
	Ps diajarkan tanda-tanda bahaya					
	Ps telah menerima LLIN					
Kunci: Ps = pasien; TD = tekanan darah; LLIN = kelambu yang diberi insektisida; TT = toxoid tetanus						

4.6 Komunikasi

- Bahan informasi kesehatan dapat dilihat di masyarakat
- Interaksi klien-penyedia dan wawancara klien saat keluar (*client exit interview*) diamati
- Untuk jangka panjang, bukti adanya perubahan perilaku di antara anggota masyarakat.

4.7 Advokasi

- Adanya, atau terjadinya perubahan ke arah kebijakan yang mempromosikan akses ke layanan kesehatan reproduksi
- Proporsi penyedia layanan dan anggota masyarakat yang mengetahui tentang kebijakan-kebijakan kesehatan reproduksi
- Layanan kesehatan reproduksi mencerminkan pelaksanaan kebijakan kesehatan reproduksi yang positif

4.8 Hak asasi manusia

- Tingkat pemanfaatan layanan kesehatan reproduksi berdasarkan suku, usia, status perkawinan, status imigrasi/suaka, agama, geografi, dll.

5 Bacaan Lanjutan

Bacaan utama

The Sphere Project. *Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response*. 2004. www.sphereproject.org/content/view/27/84 (Revisi selesai tahun 2010).

Reproductive health during conflict and displacement - A guide for programme managers. World Health Organization, 2000. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/RHR_00_13/en/

Bacaan tambahan

UN Secretary General's Bulletin "Special measures for protection from sexual exploitation and sexual abuse", ST/SGB/2003/13, 9 October 2003. <http://ochaonline.un.org/OchaLinkClick.aspx?link=ocha&DocId=1001083>

IASC Gender Handbook in Humanitarian Action. Women, Girls, Boys and Men - Different Needs, Equal Opportunities. IASC, 2006. <http://ochaonline.un.org/OCHAHome/AboutUs/GenderEquality/KeyDocuments/IASCGenderHandbook/tabid/5887/language/en-US/Default.aspx>

Guidelines for Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Assistance. IASC, 2005. <http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/subsidi/tfgender/gbv.asp>

Guidelines for HIV/AIDS interventions in emergency settings. IASC, 2004. <http://www.unfpa.org/upload/libpubfile/249filenameeguidelines-hiv-emer.pdf>

Lisa VeneKlasen, with Valerie Miller. *A New Weave of Power, People & Politics: The Action Guide for Advocacy and Citizen Participation*. Practical Action Publishing, April 2007. http://developmentbookshop.com/productinfo.php?products_id=741



2

BAB DUA

Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM)

Daftar Isi

1	PENDAHULUAN	21
2	TUJUAN	23
3	PENYUSUNAN PROGRAM	23
3.1	Lembaga koordinator kesehatan reproduksi dan petugas kesehatan reproduksi	23
3.2	Mencegah kekerasan seksual dan merespon kebutuhan korban/penyintasnya	23
3.3	Mengurangi penularan HIV	37
3.4	Mencegah kesakitan dan kematian maternal dan neonatal	43
3.5	Supply untuk melaksanakan PPAM	46
3.6	Rencana untuk mengintegrasikan layanan kesehatan reproduksi komprehensif ke dalam pelayanan kesehatan dasar	49
4	PERTIMBANGAN HAK ASASI MANUSIA DAN HUKUM	52
5	MONITORING	53
6	BACAAN LANJUTAN	57

1 Pendahuluan

Bab ini menjelaskan tentang Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) untuk memenuhi kebutuhan kesehatan reproduksi penduduk pada permulaan suatu keadaan darurat. PPAM menentukan layanan kesehatan reproduksi manakah yang paling penting untuk mencegah kesakitan dan kematian, khususnya di kalangan perempuan dan anak-anak perempuan, dalam situasi bencana. Mengabaikan kesehatan reproduksi dalam situasi bencana memiliki konsekuensi yang serius: kematian maternal dan neonatal, kekerasan seksual dan komplikasi selanjutnya seperti trauma, infeksi menular seksual (IMS), kehamilan yang tidak diinginkan dan aborsi yang tidak aman, juga kemungkinan penyebaran HIV. Semua kegiatan PPAM perlu dilaksanakan secara bersamaan. PPAM adalah sebuah standar Sphere.

PPAM dikembangkan atas dasar bukti-bukti yang terdokumentasi dengan baik dari kebutuhan kesehatan reproduksi di dalam situasi kemanusiaan dan karena itu dapat dilaksanakan tanpa assessment awal awal, Namun, beberapa informasi dasar tentang demografi dan kesehatan penduduk yang terdampak harus dikumpulkan melalui mekanisme koordinasi kesehatan untuk pelaksanaan kegiatan PPAM yang optimal.

Penting untuk dicatat bahwa komponen-komponen PPAM membentuk persyaratan **minimum**. *Rencanakan dan terapkan layanan kesehatan reproduksi yang komprehensif, seperti dicantumkan dalam Bab 4 sampai 10 dari Pedoman Lapangan ini, segera setelah situasi memungkinkan. Bahkan dalam situasi dimana komponen-komponen lain kesehatan reproduksi disediakan, pastikan bahwa tujuan PPAM juga dilaksanakan karena hal tersebut merupakan prioritas.*

Paket Pelayanan Awal Minimum

Tujuan PPAM

- **MEMASTIKAN** sektor/cluster kesehatan menetapkan suatu organisasi untuk mengkoordinasi pelaksanaan PPAM. Lembaga koordinator kesehatan reproduksi :
 - ▶ menominasikan seorang petugas kesehatan reproduksi untuk memberi dukungan teknis dan operasional untuk semua lembaga yang menyediakan pelayanan kesehatan
 - ▶ menjadi tuan rumah pertemuan reguler para stakeholders untuk memfasilitasi pelaksanaan PPAM
 - ▶ melapor kembali kepada pertemuan sektor/cluster kesehatan mengenai isu-isu yang terkait dengan pelaksanaan PPAM
 - ▶ membagi informasi tentang ketersediaan sumber daya dan supply kesehatan reproduksi
- **MENCEGAH DAN MENANGANI** konsekuensi kekerasan seksual:
 - ▶ Melakukan tindakan-tindakan untuk melindungi penduduk yang terdampak, terutama perempuan dan anak perempuan, dari kekerasan seksual
 - ▶ Membuat perawatan klinik tersedia untuk korban/penyintas perkosaan
 - ▶ Memastikan masyarakat mengetahui tersedianya layanan klinik
- **MENGURANGI** penularan HIV:
 - ▶ Memastikan praktik transfusi darah yang aman
 - ▶ Memfasilitasi dan menekankan penerapan standard kewaspadaan universal
 - ▶ Menyediakan kondom gratis
- **MENCEGAH** meningkatnya kesakitan dan kematian maternal dan neonatal
 - ▶ Memastikan tersedianya layanan kegawatdaruratan kebidanan (*EmOC = emergency obstetric care*) dan layanan perawatan bayi baru lahir, termasuk:
 - ▷ Di fasilitas kesehatan: bidan-bidan yang terampil dan perlengkapan untuk persalinan normal dan penanganan komplikasi kebidanan dan neonatal.
 - ▷ Di rumah sakit rujukan: staf medis yang terampil dan perlengkapan untuk penanganan kedaruratan kebidanan dan neonatal
 - ▶ Membangun sistem rujukan untuk memfasilitasi transportasi dan komunikasi dari masyarakat ke puskesmas dan antara puskesmas dan rumah sakit.
 - ▶ Menyediakan kit persalinan bersih untuk wanita hamil yang terlihat dan penolong persalinan untuk persalinan bersih dirumah jika terpaksa karena akses ke fasilitas kesehatan tidak memungkinkan
- **RENCANAKAN** untuk layanan kesehatan reproduksi yang komprehensif dan terintegrasi ke dalam pelayanan kesehatan dasar ketika situasi memungkinkan. Mendukung partners sektor/cluster kesehatan untuk:
 - ▶ Mengkoordinasikan pemesanan peralatan dan supply kesehatan reproduksi berdasarkan perkiraan maupun pengamatan konsumsi.
 - ▶ Mengumpulkan data latar belakang yang ada
 - ▶ Mengidentifikasi lokasi yang cocok untuk menyelenggarakan layanan kesehatan reproduksi yang komprehensif di masa depan.
 - ▶ Menilai kapasitas staf untuk memberikan layanan kesehatan reproduksi yang komprehensif dan rencana untuk pelatihan / pelatihan kembali staf.

Catatan: Penting juga untuk memastikan bahwa kontrasepsi tersedia untuk memenuhi permintaan, pengobatan IMS dengan pendekatan sindrom tersedia untuk pasien-pasien dengan gejala dan obat antiretroviral (ARV) tersedia untuk melanjutkan perawatan bagi orang-orang yang sudah menggunakan ARV, termasuk sebagai pencegahan transmisi ibu-ke-anak. Selain itu, pastikan bahwa bahan perlindungan menstruasi yang sesuai secara budaya (biasanya dikemas bersama peralatan mandi lainnya di dalam "hygiene kit") didistribusikan kepada perempuan dan anak perempuan.

2 TUJUAN

Tujuan dari bab ini adalah untuk memberikan informasi dan petunjuk bagi petugas kesehatan reproduksi, manajer program dan penyedia jasa yang bekerja dalam situasi bencana tentang:

- peran dan fungsi lembaga koordinator kesehatan reproduksi dan petugas kesehatan reproduksi;
- pencegahan kekerasan seksual dan manajemen klinis dari konsekuensi perkosaan;
- intervensi prioritas untuk mengurangi penularan HIV;
- intervensi prioritas untuk mengurangi kesakitan dan kematian maternal dan neonatal
- perencanaan untuk integrasi layanan kesehatan reproduksi komprehensif ke dalam pelayanan kesehatan dasar saat situasi mulai stabil;
- supply yang diperlukan untuk melaksanakan PPAM.

3 PENYUSUNAN PROGRAM

3.1 Lembaga koordinator kesehatan reproduksi dan petugas kesehatan reproduksi

Sejak awal respon di setiap situasi bencana, sektor kesehatan atau cluster kesehatan harus menetapkan satu organisasi sebagai koordinator kesehatan reproduksi. Bisa berupa sebuah LSM internasional, Kementerian Kesehatan (Kemenkes) atau lembaga PBB. Organisasi yang dicalonkan, yaitu yang diidentifikasi memiliki kapasitas terbaik untuk memenuhi peran ini, harus segera menugaskan seorang petugas kesehatan reproduksi tetap untuk jangka waktu minimal tiga bulan guna memberi dukungan teknis dan operasional kepada mitra kesehatan dan untuk memastikan bahwa kesehatan reproduksi adalah prioritas serta mencapai cakupan yang baik untuk layanan PPAM.

Untuk memastikan pelaksanaan PPAM, hal-hal berikut harus dilakukan:

- Sektor/cluster kesehatan menetapkan sebuah organisasi/lembaga koordinator kesehatan reproduksi.
- Lembaga koordinator kesehatan reproduksi akan menempatkan seorang petugas kesehatan reproduksi (lihat Kotak 4, hal 24, untuk kerangka acuan petugas kesehatan reproduksi), yang berfungsi di dalam sektor/cluster kesehatan. Petugas kesehatan reproduksi, didukung oleh lembaga koordinator kesehatan reproduksi, memastikan bahwa:
 - ▶ semua lembaga kesehatan yang bekerja di suatu daerah krisis harus memperhatikan kesehatan reproduksi;
 - ▶ pertemuan reguler para stakeholders kesehatan reproduksi diadakan untuk menyelenggarakan PPAM secara benar;
 - ▶ informasi dari pertemuan tersebut dibagikan dan dibahas dalam rapat koordinasi sektor/cluster kesehatan umum.
 - ▶ dukungan teknis dan operasional disediakan bagi para mitra kesehatan untuk melaksanakan PPAM di semua lokasi yang terdampak keadaan darurat. Termasuk:
 - ▶ memberikan petunjuk dan dukungan teknis untuk pengadaan supply kesehatan reproduksi secara terkoordinasi;
 - ▶ mengidentifikasi staf yang terampil untuk melaksanakan pelayanan PPAM.

3.2 Pencegahan dan respon terhadap kekerasan seksual

Dalam rangka mencegah kekerasan seksual dan merespon kebutuhan korban/penyintas sejak permulaan keadaan darurat, harus dilaksanakan:

- mekanisme untuk melindungi penduduk terdampak dari kekerasan seksual;
- layanan klinis untuk merawat korban/penyintas perkosaan

Kotak 4: Petugas kesehatan reproduksi - Kerangka Acuan

Petugas kesehatan reproduksi bertanggung jawab untuk mendukung mitra sektor/cluster kesehatan untuk melaksanakan PPAM dan merencanakan penyediaan layanan kesehatan reproduksi komprehensif. Peran petugas kesehatan reproduksi adalah untuk:

- mengkoordinasikan, mengkomunikasikan dan berkolaborasi dengan koordinator sektor kesehatan atau koordinator cluster kesehatan dan secara aktif berpartisipasi dalam rapat koordinasi kesehatan, menyediakan informasi dan mengangkat masalah-masalah teknis dan strategis serta keprihatinan-keprihatinan;
- mendukung pengadaan dari bahan-bahan acuan dan supply secara terkoordinasi;
- menjadi tuan rumah pertemuan reguler para stakeholders kesehatan reproduksi pada tingkat yang relevan (nasional, sub-nasional/regional, lokal) untuk memecahkan masalah dan membuat strategi pelaksanaan PPAM dan untuk menyediakan bahan-bahan PPAM;
- memastikan komunikasi teratur antara semua tingkat dan melaporkan kembali kesimpulan-kesimpulan penting, tantangan yang memerlukan resolusi (misalnya kebijakan atau hambatan lain yang membatasi akses penduduk ke layanan kesehatan reproduksi) kepada mekanisme koordinasi kesehatan secara keseluruhan. Mengidentifikasi sinergi dan kesenjangan serta menghindari duplikasi kegiatan dan struktur paralel;
- menyediakan petunjuk teknis dan operasional mengenai pelaksanaan PPAM dan sesi orientasi untuk audiens spesifik, kapan dan dimana memungkinkan (misalnya untuk penyedia layanan, pekerja kesehatan masyarakat, staf program dan penduduk yang terdampak, termasuk kaum remaja).
- bekerja sama dengan sektor lain (perlindungan, air dan sanitasi, pelayanan masyarakat, koordinasi kamp, dll) yang terkait penanganan hal-hal terkait kesehatan reproduksi;
- mendukung para mitra kesehatan untuk mencari pendanaan kesehatan reproduksi melalui proses perencanaan humanitarian dan proposal dengan berkoordinasi dengan sektor/cluster kesehatan.

Petugas kesehatan reproduksi harus mengidentifikasi dan memahami dan memberikan informasi tentang:

- unsur-unsur kebijakan-kebijakan nasional dan kebijakan negara tuan rumah, peraturan dan hukum adat yang:
 - ▶ mendukung layanan kesehatan reproduksi bagi penduduk yang terdampak
 - ▶ menciptakan hambatan dan membatasi akses ke layanan kesehatan reproduksi
- protokol-protokol Kementerian Kesehatan yang relevan untuk perawatan yang sesuai standar (misalnya protokol untuk penanganan klinis korban/penyintas perkosaan; mekanisme rujukan untuk keadaan darurat kebidanan; dan, ketika merencanakan layanan kesehatan reproduksi komprehensif, manajemen IMS dengan pendekatan sindrom dan protokol keluarga berencana).

Petugas kesehatan reproduksi bekerja dalam konteks mekanisme koordinasi sektor/cluster kesehatan secara keseluruhan untuk mendapatkan dan menggunakan informasi:

- Gunakan daftar-periksa PPAM (lihat halaman 54) untuk memantau layanan-layanan. Kumpulkan informasi tentang penyelenggaraan layanan, lakukan analisa temuan-temuan dan bertindaklah atas kesenjangan dan tumpang tindih yang ditemukan.
- Kumpulkan atau buatlah perkiraan mengenai informasi dasar demografi dan kesehatan reproduksi dari penduduk yang terdampak untuk mendukung pelaksanaan PPAM dan perencanaan penyelenggaraan layanan kesehatan reproduksi komprehensif (lihat Bab 2).

- kesadaran masyarakat akan layanan yang tersedia untuk korban/penyintas perkosaan.

3.2.1 Mencegah kekerasan seksual

Kekerasan seksual telah dilaporkan dari kebanyakan situasi darurat bencana, termasuk yang disebabkan oleh bencana alam.

Semua pelaku dalam situasi kemanusiaan harus menyadari risiko kekerasan seksual dan mengkoordinasikan kegiatan-kegiatan multisektoral untuk mencegah dan melindungi penduduk yang terdampak, khususnya perempuan dan anak perempuan. Petugas kesehatan reproduksi harus membahas masalah kekerasan seksual dalam rapat koordinasi kesehatan. Dalam kolaborasi dengan mekanisme sektor/cluster kesehatan secara keseluruhan, petugas kesehatan reproduksi dan staf program kesehatan reproduksi harus :

- memastikan perempuan, pria, remaja dan anak-anak memiliki akses terhadap layanan kesehatan dasar, termasuk layanan kesehatan seksual dan kesehatan reproduksi;
- mendesain dan menempatkan fasilitas kesehatan untuk meningkatkan keamanan fisik, melalui konsultasi dengan masyarakat, khususnya pada perempuan dewasa dan remaja;
- berkonsultasi dengan penyedia layanan dan pasien tentang keamanan di fasilitas-fasilitas kesehatan;
- menempatkan toilet dan tempat mencuci laki-laki dan perempuan secara terpisah di fasilitas kesehatan di tempat yang aman dengan penerangan jalan yang memadai pada malam hari, dan memastikan bahwa pintu-pintu dapat dikunci dari dalam;
- memastikan bahwa semua bahasa sub-kelompok etnis terwakili di penyedia layanan atau ada penerjemah;
- mempekerjakan perempuan sebagai penyedia layanan, pekerja kesehatan masyarakat, staf program dan penerjemah;
- memberitahu penyedia layanan mengenai pentingnya menjaga kerahasiaan dan

mereka harus menandatangani dan mentaati suatu pedoman perilaku terhadap eksploitasi dan penganiayaan seksual (SEA/ Sexual Exploitation and Abuse);

- memastikan bahwa pedoman perilaku dan mekanisme pelaporan SEA oleh staf kesehatan ada, serta langkah-langkah hukuman yang relevan untuk menegakkan pedoman perilaku tersebut.

3.2.2 Merespon kebutuhan korban/penyintas perkosaan

Untuk mencegah dan menangani konsekuensi kesehatan yang mungkin terjadi, korban/penyintas perkosaan harus memiliki akses ke perawatan klinis, termasuk konseling yang mendukung, sesegera mungkin setelah kejadian. Pastikan bahwa layanan perawatan kesehatan dapat memberikan perawatan itu pada permulaan suatu respon bencana.

Korban/penyintas mungkin juga membutuhkan perlindungan dan dukungan psikososial dan hukum. Secepat mungkin, dukunglah proses untuk mengidentifikasi pembagian yang jelas dari peran dan tanggung jawab para mitra kesehatan dan di antara semua program sektor/cluster yang memberi respon terhadap kebutuhan-kebutuhan korban/penyintas (kesehatan, perlindungan, keamanan dan

Kotak 5: Pedoman prinsip Ketika Merespon Kebutuhan Korban/penyintas Perkosaan

Pedoman prinsip berikut ini harus selalu dihormati sepanjang waktu oleh semua pekerja kemanusiaan yang merespon kebutuhan korban/penyintas:

Keselamatan
Kerahasiaan
Menghormati
Non-diskriminasi

layanan masyarakat) agar dapat memastikan adanya mekanisme rujukan untuk korban/penyintas yang terkoordinasi, terpusat pada korban/penyintas, dan menjaga kerahasiaan. Dokumen yang dihasilkan dari proses ini kadang-kadang disebut sebagai Standar Operasional Prosedur (SOP) GBV (lihat Bab 8: GBV).

3.2.3 Layanan klinis untuk korban/penyintas perkosaan

Saat akan menyelenggarakan manajemen klinis untuk korban/penyintas perkosaan, petugas kesehatan reproduksi dan staf program harus:

- menetapkan daerah konsultasi pribadi dengan lemari arsip yang dapat dikunci;
- memastikan tersedianya protokol yang jelas serta peralatan dan supply yang memadai
- mempekerjakan penyedia layanan perempuan dan laki-laki yang fasih dalam bahasa setempat, atau bila hal ini tidak mungkin, pendamping dan penerjemah laki-laki dan perempuan yang terlatih;
- melibatkan perempuan, juga remaja perempuan dan laki-laki, di dalam pengambilan keputusan mengenai akses ke layanan dan mengenai nama yang tepat untuk layanan itu;
- memastikan bahwa layanan dan mekanisme rujukan ke rumah sakit dalam kasus komplikasi yang mengancam hidup tersedia 24 jam sehari / 7 hari seminggu;
- setelah layanan tersedia informasikan ke masyarakat mengapa, dimana dan kapan (secepatnya setelah perkosaan) layanan ini harus diakses. Gunakan jalur komunikasi yang sesuai dengan keadaan (misalnya melalui bidan, pekerja kesehatan masyarakat, tokoh masyarakat, pesan di radio atau selebaran berisi informasi di toilet perempuan);
- memastikan penyedia layanan terampil. Apabila diperlukan, adakan sesi informasi atau pelatihan penyegaran singkat tentang perawatan klinis untuk korban/penyintas perkosaan. Pengelolaan klinis untuk korban/penyintas perkosaan mencakup

komponen-komponen berikut:

- ▶ komunikasi yang mendukung
- ▶ Anamnesa dan pemeriksaan
- ▶ pengumpulan bukti-bukti forensik sepanjang relevan
- ▶ perawatan yang penuh perhatian dan menjaga kerahasiaan, termasuk:
 - ▷ kontrasepsi darurat
 - ▷ pengobatan terhadap IMS
 - ▷ profilaksis pasca-paparan (PEP/Post Exposure Prophylaxis) untuk mencegah penularan HIV
 - ▷ perawatan luka dan pencegahan tetanus
 - ▷ pencegahan hepatitis B
 - ▷ rujukan untuk layanan lebih lanjut, misalnya kesehatan, psikologis dan sosial.

Komunikasi yang mendukung

Pastikan penyedia layanan mampu memperluas dukungan yang penuh perhatian dan rahasia kepada korban/penyintas melalui komunikasi yang tepat, jelas, tidak menghakimi dan mendengarkan secara aktif.

Anamnesa dan pemeriksaan

Riwayat yang terinci dan pemeriksaan kesehatan menyeluruh dilakukan setelah memastikan korban/penyintas memahami dan menyetujui tiap langkah. Formulir-formulir yang sudah dicetak untuk anamnesa dan pemeriksaan membimbing proses ini dan semua temuan harus didokumentasikan secara lengkap.

Tujuan utama dari anamnesa dan pemeriksaan adalah untuk menentukan perawatan klinis yang diperlukan, dan dilakukan sesuai kesediaan korban/penyintas. Korban/penyintas harus diyakinkan bahwa dia yang memegang kendali, dan tidak perlu berbicara tentang apa pun yang membuatnya merasa tidak nyaman dan dia dapat menghentikan proses setiap saat. Adalah hak korban/penyintas untuk memutuskan apakah akan diperiksa atau tidak.

Pengumpulan bukti forensik

- Persyaratan hukum setempat, laboratorium dan fasilitas penyimpanan menentukan kapan dan bukti-bukti forensik apa yang harus dikumpulkan.
- Bukti-bukti dikumpulkan selama pemeriksaan medis jika ada persetujuan dari korban/penyintas.
- Minimal, harus tersimpan catatan tertulis dari semua hal yang ditemukan selama pemeriksaan medis yang dapat mendukung cerita korban/penyintas, termasuk keadaan pakaiannya. Rekam medis adalah bagian dari catatan hukum dan dapat diajukan sebagai bukti (dengan persetujuan korban/penyintas) jika kasus tersebut masuk ke pengadilan. Oleh karena itu harus dijaga kerahasiaannya di tempat yang aman.
- Jika ada mikroskop, seorang penyedia layanan kesehatan yang terlatih atau petugas laboratorium dapat memeriksa *wet-mount slide* /sediaan hapusan basah untuk melihat ada-tidaknya sperma, yang membuktikan telah terjadi penetrasi. Bukti lebih lanjut (seperti pakaian, benda asing, air mani atau darah untuk DNA atau urin untuk pengujian toksikologi) hanya dikumpulkan jika kapasitas lokal untuk pemrosesan (penyimpanan, analisis laboratorium) ada dan jika bukti-bukti tersebut dapat digunakan di pengadilan.
- Bila diminta oleh korban/penyintas, penyedia layanan dapat membuat sertifikat medis atau formulir untuk polisi. Tergantung pada hukum yang berlaku, formulir ini dapat digunakan untuk tujuan-tujuan hukum, seperti ganti rugi atau suaka. Dokumen dibuat dalam dua salinan. Satu salinan disimpan terkunci di puskesmas atau disimpan manajer program. Salinan lainnya diberikan kepada korban/penyintas jika dia menginginkannya setelah konseling mengenai risiko kekerasan lebih lanjut jika dokumen itu ditemukan dalam kepemilikannya.
- Korban/penyintas adalah satu-satunya orang yang memutuskan kapan dan dimana

akan menggunakan sertifikat medis.

Perawatan yang penuh perhatian dan menjaga rahasia

Perawatan dapat dimulai tanpa pemeriksaan jika itu pilihan korban/penyintas. Lakukan perawatan terhadap komplikasi yang mengancam nyawa terlebih dahulu dan korban/penyintas dapat dirujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi bila perlu.

Aturan Penggunaan Pil kontrasepsi darurat

1. **Hanya levonorgestrel saja:** 1.5 mg levonorgestrel dalam dosis tunggal (ini adalah sediaan yang direkomendasikan karena lebih efektif dengan efek samping yang lebih sedikit); atau
2. **Kombinasi estrogen - progestogen (Yuzpe):** dosis 100 mikrogram etinil estradiol ditambah 0.5 mg levonorgestrel, diminum secepat mungkin, diikuti dengan dosis yang sama 12 jam kemudian.

Kontrasepsi darurat

Pil kontrasepsi darurat dapat mencegah kehamilan yang tidak diinginkan jika digunakan *dalam waktu 120 jam* (sampai 5 hari) dari terjadinya perkosaan. Ada dua aturan minum pil kontrasepsi darurat yang dapat digunakan (lihat kotak di atas).

- Tindakan dengan salah satu cara di atas harus dimulai sesegera mungkin setelah terjadinya perkosaan karena keefektifannya akan menurun seiring dengan waktu. Kedua cara adalah efektif bila digunakan hingga 72 jam setelah perkosaan, dan masih cukup efektif jika pengobatan dimulai dalam waktu 72-120 jam. Efektivitas setelah penundaan yang lebih lama belum diselidiki.
- Ada produk-produk yang dikemas khusus untuk kontrasepsi darurat, namun tidak tersedia di semua negara. Jika pil

kontrasepsi darurat kemasan tidak tersedia dalam situasi Anda, maka kontrasepsi darurat dapat disediakan dengan menggunakan pil kontrasepsi oral biasa (lihat Tabel 1, hal 28).

- Beri petunjuk kepada korban/penyintas tentang cara menggunakan pil, efek samping yang mungkin timbul dan efek

yang mungkin terjadi terhadap menstruasi berikutnya. Pil kontrasepsi darurat tidak dapat mencegah kehamilan dari hubungan seksual yang terjadi setelah pil diminum. Sediakan kondom untuk digunakan dalam waktu dekat.

- Jelaskan kepada korban/penyintas bahwa ada risiko kecil kalau penggunaan pil itu

Tabel 1: Aturan Penggunaan Kontrasepsi Darurat

Aturan	Komposisi pil (per dosis)	Nama merek	Dosis pertama (jumlah tablet)	Dosis kedua 12 jam kemudian (jumlah tablet)
Hanya levonorgestrel	750 µg	Levonelle, NorLevo, Plan B, Postinor-2, Vikela	2	0
	30 µg	Microlut, Microval, Norgeston	50	0
	37.5 µg	Ovrette	40	0
Kombinasi	EE 50 µg plus LNG 250 µg atau EE 50 µg plus NG 500 µg	Eugynon 50, Fertilan, Neogynon, Noral, Nordiol, Ovidon, Ovral, Ovrán, Tetragynon / PC-4, Preven, E-Gen-C, Neo-Primovlar 4	2	2
	EE 30 µg plus LNG 150 µg atau EE 30 µg plus NG 300 µg	Lo / Femenal, Microgynon, Nordete, Ovral L, Rigevidon	4	4

EE = etinilestradiol; LNG = levonorgestrel; NG = norgestrel.

(Diadaptasi dari: Consortium for Emergency Contraception, *Emergency contraceptive pills, medical and service delivery guidelines, Second Edition. Washington, DC, 2004*).

tidak berhasil. Menstruasi harus terjadi kira-kira pada waktu yang sama seperti biasanya. Mungkin akan seminggu lebih awal atau beberapa hari terlambat. Jika menstruasi tidak terjadi dalam waktu seminggu setelah tanggal perkiraan, korban/penyintas harus kembali untuk melakukan tes kehamilan dan/atau membahas pilihan-pilihan apabila ternyata terjadi kehamilan. Jelaskan kepada korban/penyintas bahwa bercak-bercak atau pendarahan sedikit adalah hal biasa bila menggunakan levonorgestrel. Sehingga jangan salah mengira bahwa itu menstruasi normal.

- Efek samping: Sampai dengan 50% pengguna melaporkan rasa mual ketika menggunakan pil kontrasepsi darurat. Meminum pil bersama dengan makanan akan mengurangi mual. Cara yang menggunakan hanya levonorgestrel telah terbukti secara signifikan lebih sedikit mual dan muntah dibandingkan kombinasi estrogen-progestogen (Yuzpe). Jika muntah terjadi dalam waktu dua jam setelah minum obat, ulangi dosisnya. Dalam kasus muntah-muntah yang parah, maka pil dapat diberikan lewat vagina.
- Langkah pencegahan: pil kontrasepsi darurat dapat digunakan dengan aman oleh setiap perempuan atau gadis remaja, bahkan bagi mereka yang tidak dapat menggunakan metode hormonal secara terus-menerus, karena dosis hormon yang digunakan relatif kecil dan pil digunakan untuk waktu yang singkat. Pil kontrasepsi darurat tidak akan efektif dalam kasus kehamilan yang sudah terjadi. Pil kontrasepsi darurat dapat diberikan bila status kehamilan belum jelas dan tes kehamilan tidak tersedia, karena tidak ada bukti yang menunjukkan bahwa pil-pil itu dapat merugikan perempuan atau membahayakan kehamilan yang sudah ada. Tidak ada kontraindikasi medis lain untuk penggunaan pil kontrasepsi darurat.

Pemasangan IUD tembaga merupakan metode kontrasepsi darurat yang efektif

jika korban/penyintas datang dalam lima hari setelah perkosaan (dan jika sebelumnya tidak ada hubungan seksual tanpa perlindungan dalam siklus haid ini). Hal ini dapat mencegah lebih dari 99% kehamilan selanjutnya. Bila saat ovulasi dapat diperkirakan (risiko terjadi ovulasi adalah rendah sampai dengan hari ke tujuh dari siklus menstruasi), korban/penyintas dapat memasang IUD tembaga lebih dari lima hari sesudah perkosaan, selama pemasangan tidak dilakukan lebih dari lima hari setelah ovulasi.

Tawarkan kepada korban/penyintas konseling tentang layanan ini, agar dia dapat membuat keputusan berdasarkan informasi. Penyedia yang terampil harus melakukan konseling dan memasang IUD.

Jika IUD dipasang, pastikan untuk memberi perawatan IMS lengkap, seperti yang direkomendasikan di bawah. IUD dapat dilepas pada saat menstruasi berikutnya atau dipertahankan sebagai kontrasepsi di kemudian hari.

Perawatan untuk dugaan infeksi menular seksual (IMS)

- Tawarkan antibiotik kepada korban/penyintas perkosaan sebagai pengobatan terhadap dugaan gonorea, infeksi klamidia dan sifilis (lihat Tabel 2 dan 3). Jika IMS lain ditemukan di daerah itu (seperti trikomoniasis atau chancroid), berikan pengobatan untuk infeksi ini juga.
- Berikan paket pengobatan yang paling singkat yang tersedia dalam protokol lokal, yang mudah untuk diikuti. Sebagai contoh, jika korban/penyintas datang dalam waktu 30 hari setelah kejadian, maka 400 mg cefixime ditambah 1 g azithromisin secara oral merupakan pengobatan yang cukup untuk dugaan gonorea, infeksi klamidia dan sifilis inkubasi.

- Perlu disadari bahwa perempuan yang sedang hamil atau yang memiliki alergi tidak boleh minum antibiotik tertentu, dan lakukan modifikasi pengobatan yang sesuai (lihat Tabel 2).
- Sediaan untuk dugaan IMS dapat dimulai pada hari yang sama dengan kontrasepsi darurat dan profilaksis pasca-paparan untuk HIV (PEP). Untuk mengurangi efek samping, seperti mual, dosis dapat dibagi (dan diminum bersama dengan makanan).
- Berikan vaksin hepatitis B dalam waktu 14 hari setelah penyerangan kepada korban/penyintas, kecuali bila korban/penyintas telah divaksinasi lengkap. Sebanyak tiga dosis diperlukan, dosis kedua diberikan

empat minggu setelah dosis pertama dan dosis ketiga delapan minggu setelah dosis kedua.



Tabel 2: Protokol Perawatan IMS yang direkomendasi WHO untuk Orang Dewasa	
<i>Catatan: Ini adalah contoh perawatan untuk infeksi menular seksual. Mungkin ada pilihan perawatan lain. Selalu ikuti protokol perawatan setempat untuk infeksi menular seksual.</i>	
IMS	Pengobatan
Gonorea	cefiksime 400 mg secara oral, dosis tunggal atau ceftriaksone 125 mg secara intramuskuler, dosis tunggal
Infeksi klamidia	azitromisin 1 g secara oral, dalam dosis tunggal <i>(Antibiotik ini juga aktif terhadap sifilis inkubasi (dalam waktu 30 hari setelah terpapar))</i> atau doksisiklin 100 mg secara oral, dua kali sehari selama 7 hari <i>(Kontraindikasi pada kehamilan)</i>
Infeksi klamidia pada wanita hamil	azitromisin 1 g secara oral, dalam dosis tunggal <i>(Antibiotik ini juga aktif terhadap sifilis inkubasi (dalam waktu 30 hari setelah paparan))</i> atau eritromisin 500 mg secara oral, 4 kali sehari selama 7 hari atau amoksisilin 500 mg secara oral, 3 kali sehari selama 7 hari
Sifilis	benzatin benzilpenisilin* 2,4 juta IU, intramuskuler, hanya sekali <i>(Berikan sebagai dua suntikan di tempat terpisah)</i> atau azitromisin 2 g secara oral sebagai dosis tunggal <i>(untuk pengobatan sifilis primer, sekunder dan sifilis laten awal dengan durasi <2 tahun)</i> <i>(Antibiotik ini juga aktif terhadap infeksi klamidia)</i>
<i>Sifilis, pasien alergi terhadap penisilin</i>	azitromisin 2 g secara oral sebagai dosis tunggal <i>(untuk pengobatan sifilis primer, sekunder dan sifilis laten awal dengan durasi <2 tahun)</i> atau doksisiklin 100 mg secara oral dua kali sehari selama 14 hari <i>(Kontraindikasi pada kehamilan)</i> Azitromisin dan doksisiklin juga aktif terhadap infeksi klamidia
Sifilis pada wanita hamil yang alergi terhadap penisilin	azitromisin 2 g secara oral sebagai dosis tunggal <i>(untuk pengobatan sifilis primer, sekunder dan sifilis laten awal dengan durasi <2 tahun)</i> atau eritromisin 500 mg secara oral, 4 kali sehari selama 14 hari Azitromisin dan eritromisin juga aktif terhadap infeksi klamidia

IMS	Pengobatan
Trichomonas	metronidazol 2 g secara oral sebagai dosis tunggal atau tinidazole 2 g secara oral sebagai dosis tunggal atau metronidazole 400 atau 500 mg secara oral, 2 kali sehari selama 7 hari <i>Hindari metronidazol dan tinidazol pada trimester pertama kehamilan</i>
<p>* Catatan: Jika korban/penyintas datang dalam waktu 30 hari dari kejadian, maka benzatin benzilpenisilin dapat ditiadakan jika dalam pengobatan termasuk azitromisin 1 g sebagai dosis tunggal, yang efektif terhadap sifilis inkubasi maupun infeksi klamidia. Jika korban/penyintas datang lebih dari 30 hari setelah kejadian, maka azitromisin 2 g sebagai dosis tunggal adalah pengobatan yang cukup untuk dugaan sifilis primer, sekunder dan sifilis laten awal dengan durasi < 2 tahun, dan juga efektif untuk infeksi klamidia.</p>	

Tabel 3: Protokol Pengobatan IMS yang direkomendasikan WHO untuk Anak dan Remaja

Catatan: Ini adalah contoh pengobatan untuk infeksi menular seksual. Mungkin ada pilihan pengobatan lain. Selalu ikuti protokol pengobatan setempat untuk infeksi menular seksual dan gunakan obat-obatan dan dosis yang sesuai untuk anak-anak.

IMS	Berat atau usia	Pengobatan
Gonorea	<45 kg	ceftriaksone 125 mg secara intramuskuler, dosis tunggal atau spektinomisin 40 mg/kg berat badan, intramuskular (hingga maksimum 2 g), dosis tunggal atau (jika > 6 bulan) cefiksime 8 mg/kg berat badan secara oral, dosis tunggal
	<45 kg	Obati sesuai protokol dewasa
Infeksi klamidia	<45 kg	azitromisin 20 mg / kg secara oral, dosis tunggal atau eritromisin 50 mg/kg berat badan harian, secara oral (hingga maksimum 2 g), dibagi menjadi 4 dosis, selama 7 hari
	>12 tahun	Obati sesuai protokol dewasa
	> 45 kg tapi <12 tahun	eritromisin 500 mg secara oral, 4 kali sehari selama 7 hari atau azitromisin 1 g secara oral, dosis tunggal
Sifilis		Benzatin penisilin* 50,000 IU / kg IM (hingga maksimum 2,4 juta IU), dosis tunggal

IMS	Berat atau usia	Pengobatan
<i>Sifilis, pasien alergi terhadap penisilin</i>		eritromisin 50 mg/kg berat badan setiap hari, secara oral (hingga maksimum 2 g), dibagi menjadi 4 dosis, selama 14 hari
Trikomoniasis	<12 tahun	metronidazol 5 mg/kg berat badan secara oral, 3 kali sehari selama 7 hari
	>12 tahun	Obati sesuai protokol dewasa
<p>* Catatan: Jika korban/penyintas datang dalam waktu 30 hari dari kejadian, pengobatan dengan Benzatin penisilin untuk dugaan sifilis dapat ditiadakan apabila dalam pengobatan termasuk azitromisin, yang efektif terhadap sifilis inkubasi serta infeksi klamidia.</p>		

PEP (Post Exposure Prophylaxis/Pencegahan pasca paparan) untuk mencegah penularan HIV

Kemungkinan penularan HIV setelah perkosaan dapat dikurangi melalui pemberian segera PEP. PEP harus dimulai dalam waktu 72 jam setelah paparan dan diteruskan selama 28 hari. PEP perlu dimulai sesegera mungkin setelah paparan karena studi menunjukkan bahwa PEP lebih efektif bila semakin cepat dimulai. WHO merekomendasikan terapi kombinasi 28 hari dengan dua inhibitor *nucleoside-analogue reverse-transcriptase*, sebaiknya dengan dosis kombinasi tetap (Petunjuk ini berlaku pada saat buku dicetak. Karena bidang ini berkembang pesat, mungkin akan terjadi perubahan. Silahkan periksa www.iawg.net untuk informasi terkini).

Untuk korban/penyintas kekerasan seksual:

- Lakukan penilaian risiko terpapar HIV sebelum menggunakan PEP. Periksalah riwayat kejadian (termasuk apakah ada lebih dari satu penyerang), penetrasi vagina atau anal dan jenis luka yang ada
- Tawarkan konseling dan pemeriksaan HIV sukarela (lihat Bab 10: VCT) dalam dua minggu pertama setelah kejadian. Namun, tes HIV tidak wajib dijalankan sebelum menggunakan PEP.

- Tawarkan PEP untuk semua korban/penyintas yang memenuhi syarat, termasuk mereka yang tidak ingin menjalani tes HIV. Mulailah dosis pertama PEP secepat mungkin. Jangan menunda memulai PEP sambil menunggu hasil VCT.
- Jangan menawarkan PEP untuk korban/penyintas yang diketahui atau ditemukan HIV-positif. Meskipun tidak akan membahayakan, tidak ada manfaat yang dapat diharapkan. Arahkan korban/penyintas HIV-positif untuk mendapat pengobatan HIV, dukungan dan layanan perawatan jika tersedia.

Tabel 4: Terapi Kombinasi Dua Obat yang direkomendasikan untuk HIV-PEP pada Orang Dewasa			
Berat atau usia	Pengobatan	Dosis	Persediaan 28 hari
Dewasa	Tablet kombinasi mengandung Zidovudine (300 mg) dan Lamivudine (150 mg)	1 tablet dua kali / hari	60 tablet
	atau	atau	atau
	Zidovudine (ZDV / AZT) 300 mg tablet	1 tablet dua kali / hari	60 tablet
	ditambah	ditambah	ditambah
	Lamivudine (3TC) 150 mg tablet	1 tablet dua kali / hari	60 tablet

Tabel 5: Terapi Kombinasi Dua-Obat yang direkomendasikan untuk HIV-PEP pada Anak			
Berat atau usia	Pengobatan	Resep	Persediaan 28 hari
<2 tahun atau 5-9 kg	Zidovudine (ZDV / AZT) sirup * 10 mg / ml	7,5 ml dua kali sehari	= 420 ml (yaitu 5 botol 100 ml atau 3 botol 200 ml)
	ditambah	ditambah	ditambah
10-19 kg	Lamivudine (3 TC) sirup 10 mg / ml	2,5 ml dua kali sehari	= 140 ml (yaitu 2 botol 100 ml atau 1 botol 200 ml)
	ditambah	ditambah	ditambah
20-39 kg	Zidovudine (ZDV / AZT) kapsul 100 mg	1 kapsul tiga kali sehari	90 kapsul
	ditambah	ditambah	ditambah
20-39 kg	Lamivudine (3 TC) tablet 150 mg	1/2 tablet dua kali sehari	30 tablet
	ditambah	ditambah	ditambah
20-39 kg	Zidovudine (ZDV / AZT) kapsul 100 mg	2 kapsul tiga kali sehari	120 kapsul
	ditambah	ditambah	ditambah
	Lamivudine (3 TC) tablet 150 mg	1 tablet dua kali sehari	60 tablet

* Buang botol sirup 15 hari setelah dibuka

Kotak 6: Tiga-obat ARV PEP

Pengobatan terdiri dari tiga obat hanya direkomendasikan bilamana:

- Orang tersebut HIV-positif, memakai terapi antiretroviral dan diketahui menunjukkan tanda-tanda, atau mempunyai riwayat terbukti resisten terhadap terapi antiretroviral atau
- Latar belakang prevalensi resistensi terapi antiretroviral di masyarakat melebihi 15% (jika diketahui).

Terapi kombinasi tiga obat yang direkomendasikan

Zidovudine (AZT)	+ Lamuvidine (3TC)	+ Lopinavir	dengan dorongan Ritonavir
------------------	--------------------	-------------	---------------------------

Kepatuhan terhadap pengobatan dengan tiga obat mungkin lebih sulit daripada pengobatan dua obat. Karena efek samping yang berpotensi berbahaya, rujuklah korban/penyintas ke klinisi atau dokter medis yang berpengalaman dalam pengobatan HIV.

Dari: *Post-exposure Prophylaxis to Prevent HIV Infections, Joint WHO/ILO guidelines on post-exposure prophylaxis PEP) to prevent HIV infection. WHO/ILO. 2007.*

Penting untuk diketahui:

- Kehamilan bukan merupakan kontraindikasi untuk PEP. Beritahu wanita yang hamil kurang dari 12 minggu bahwa kemungkinan efek obat pada janin tidak diketahui.
- Konsultasikan kepada korban/penyintas tentang efek samping obat yang umum seperti rasa lelah, mual dan gejala seperti flu. Efek samping ini bersifat sementara dan dapat dikurangi dengan analgesik biasa seperti parasetamol.
- Korban/penyintas dapat diberi persediaan PEP untuk satu minggu dan sisa persediaan tiga minggu diberikan pada saat kunjungan-kunjungan berikutnya.
- Berikan dosis 28 hari penuh untuk korban/penyintas yang tidak dapat kembali dengan alasan apapun atau yang tinggal di tempat di mana pengungsian diperkirakan masih akan berlangsung.

Perawatan luka dan pencegahan tetanus

Bersihkan setiap luka robek, luka dan lecet dan jahitlah luka yang bersih dalam waktu 24 jam. Jangan menjahit luka yang kotor.

Pertimbangkan pemberian antibiotik yang sesuai dan penghilang rasa sakit jika ada luka kotor yang besar. Berikan profilaksis tetanus jika ada luka robek pada kulit atau mukosa dan korban/penyintas belum divaksinasi terhadap tetanus atau status vaksinasi tidak jelas. Sarankan korban/penyintas untuk menyelesaikan jadwal vaksinasi (dosis kedua pada empat minggu, dosis ketiga pada enam bulan sampai satu tahun).

Rujukan untuk intervensi krisis lebih lanjut

Dengan persetujuan korban/penyintas atau atas permintaannya, tawarkan rujukan ke:

- sebuah rumah sakit bila ada komplikasi yang mengancam jiwa atau komplikasi yang tidak dapat ditangani di tingkat pusat kesehatan (puskesmas);
- jasa perlindungan atau layanan sosial jika korban/penyintas tidak memiliki tempat yang aman untuk pergi setelah meninggalkan puskesmas;
- perawatan aborsi yang aman di mana tindakan ini diizinkan (legal). Tentukan indikasi hukum untuk pelayanan aborsi yang

aman. Di banyak negara, undang-undang mengizinkan pengakhiran kehamilan akibat perkosaan. Penghentian kehamilan juga dapat diizinkan dalam kaitan dengan kesehatan mental dan fisik perempuan yang bersangkutan. Penyedia layanan yang terlatih dapat melakukan aborsi pada trimester pertama:

- ▶ melalui aspirasi vakum manual (AVM) sampai 12 minggu sejak menstruasi terakhir (LMP/Late Menstrual Period), atau
- ▶ dengan cara-cara medis sampai sembilan minggu sejak menstruasi terakhir. WHO merekomendasikan kombinasi **200 mg mifepristone secara oral diikuti oleh 800 mg misoprostol yang diberikan melalui vagina 36-48 jam kemudian**. Jika mifepristone tidak tersedia, maka penggunaan misoprostol saja 800 mg melalui vagina dapat diulang setiap 12 jam hingga tiga dosis, meskipun kurang efektif dibandingkan penggunaan dalam kombinasi dengan mifepristone.
 - ▷ Menyediakan penghilang rasa sakit; misalnya ibuprofen 800 µg tiga kali sehari atau sesuai kebutuhan.
 - ▷ Menyarankan perempuan kembali untuk satu atau lebih kunjungan lanjutan setelah 10-14 hari. Kasus kehamilan yang sedang berjalan harus dirujuk untuk AVM; kasus aborsi tidak lengkap harus dikelola baik, dengan dosis tambahan misoprostol atau dengan prosedur AVM.
- ▶ Dilatasi dan kuret (Dilatation & Curettage) dengan instrumen logam hanya digunakan bila vakum atau metode aborsi secara medis tidak tersedia. AVM lebih cepat dan menyebabkan lebih sedikit perdarahan dibanding dilatasi dan kuret. Oleh karena itu, segala upaya harus dilakukan untuk menggantikan dilatasi dan kuret dengan AVM.
- Layanan psikososial, bila tersedia. Kontak dengan focal point GBV dan perlindungan untuk mengetahui layanan psikososial yang tersedia di situasi darurat bencana. Ini dapat mencakup inisiatif-

inisiatif yang ditawarkan oleh penduduk yang terdampak, pusat-pusat untuk perempuan dan kelompok-kelompok pendukung lainnya.

Pertimbangan khusus untuk anak-anak

Petugas kesehatan reproduksi harus memahami undang-undang yang berlaku di negara yang bersangkutan berkenaan dengan usia dari korban/penyintas; tenaga profesional (misalnya wakil dari polisi, layanan masyarakat atau pengadilan) yang dapat memberikan persetujuan hukum untuk perawatan klinis jika orang tua atau wali anak diduga sebagai pelakunya; dan prosedur serta persyaratan wajib melaporkan jika penyedia layanan menduga, atau diberitahu tentang kasus penganiayaan anak.

Pemeriksaan vagina atau anal secara digital atau pemeriksaan spekulum tidak boleh dilakukan pada anak-anak.

Protokol yang menunjukkan dosis obat yang sesuai harus dipasang atau mudah tersedia bagi penyedia layanan.

Pertimbangan Khusus untuk korban/penyintas laki-laki

Korban/penyintas laki-laki cenderung tidak melaporkan kejadian karena merasa malu, kriminalisasi terhadap hubungan seks sesama jenis atau kurangnya kesadaran dari para penyedia layanan dan manajer program tentang seriusnya masalah ini. Korban/penyintas laki-laki menderita trauma fisik dan psikologis yang sama dengan korban/penyintas perempuan dan harus memiliki akses ke layanan yang rahasia, menghormati mereka dan tidak diskriminatif yang dapat memberikan semua penanganan yang relevan.

3.2.4 Menginformasikan masyarakat mengenai layanan yang tersedia

Gunakan saluran komunikasi yang tepat (misalnya selebaran, pesan lewat radio, sesi

informasi oleh bidan dan pekerja kesehatan) untuk menginformasikan kepada penduduk yang terdampak mengenai ketersediaan layanan yang bersifat rahasia, dan pentingnya para korban/penyintas mendatangi layanan tersebut sesegera mungkin setelah kejadian.

3.3 Mengurangi penularan HIV

Untuk mengurangi penularan HIV sejak permulaan respon bencana, petugas kesehatan reproduksi harus bekerja dengan para mitra sektor/cluster kesehatan untuk:

- menetapkan praktik transfusi darah yang aman dan rasional;
- memastikan penerapan tindakan pencegahan standar;
- menjamin tersedianya kondom gratis.

Meskipun bukan komponen dari PPAM, adalah penting untuk membuat antiretroviral (ARV) tersedia agar dapat melanjutkan pengobatan bagi orang-orang yang masuk dalam program ARV sebelum keadaan darurat, termasuk perempuan yang terdaftar dalam program PMTCT.

3.3.1 Transfusi darah yang aman

Penggunaan darah secara rasional dan aman untuk transfusi darah sangat penting untuk mencegah penularan HIV dan infeksi-infeksi lain yang dapat menular melalui transfusi (TTI/ Transfusion-Transmissible Infection) seperti hepatitis B, hepatitis C dan sifilis. Jika darah yang tercemar HIV ditransfusikan, maka penularan HIV kepada penerima hampir 100%. Transfusi darah tidak boleh dilakukan jika fasilitas, perlengkapan dan staf yang terlatih tidak ada.

Transfusi darah yang *rasional* mencakup:

- transfusi darah hanya dalam keadaan yang mengancam nyawa dan bila tidak ada alternatif lain;
- menggunakan obat-obatan untuk

mencegah atau mengurangi perdarahan aktif (misalnya oksitosin);

- menggunakan pengganti darah untuk mengganti volume yang hilang seperti cairan pengganti berbasis kristaloid (Ringer Laktat, Normal Salin) atau substitusi berbasis koloid (haemacell, gelofusin) jika memungkinkan.

Transfusi darah *aman* mencakup:

- pengumpulan darah hanya dari donor darah sukarela yang tidak dibayar dengan risiko rendah tertular infeksi lain melalui transfusi (TTI) dan menetapkan kriteria seleksi donor darah yang lebih ketat;
- melakukan skrining terhadap semua darah untuk transfusi, minimal untuk HIV 1 dan 2, hepatitis B, hepatitis C, dan sifilis, dengan menggunakan alat tes yang paling tepat. Satu tes skrining HIV tidak cukup untuk menentukan status HIV (lihat Bab 10: HIV). Jangan mengungkapkan hasil tes skrining yang positif kepada donor jika mereka tidak dapat dirujuk untuk mendapat layanan konseling dan tes sukarela (VCT). Dalam hal ini lakukan skrining terhadap darah untuk transfusi dan buang darah itu jika tidak dapat digunakan. Hubungkan jasa transfusi darah dengan layanan VCT sesegera mungkin setelah ditetapkan sebagai bagian dari respon yang komprehensif dan rujuklah donor ke VCT sebelum skrining darah mereka;
- melakukan pengelompokan ABO dan tipe Rhesus D (RhD) dan, jika ada waktu, melakukan pemeriksaan silang;
- HANYA melakukan transfusi darah kepada wanita usia subur dengan darah tipe RhD yang sesuai;
- memastikan praktik transfusi yang aman di sisi tempat tidur dan pembuangan kantong darah, alat suntik, dan jarum suntik secara aman.

Agar dapat menyediakan transfusi darah yang aman dan rasional, petugas kesehatan

reproduksi dan manajer program harus bekerja sama dengan mitra sektor/cluster kesehatan untuk memastikan bahwa:

- rumah sakit rujukan memiliki supply cukup untuk transfusi darah yang rasional dan aman;
- staf tahu bagaimana, dan memiliki akses ke perlengkapan untuk mengurangi kebutuhan melakukan transfusi darah;
- donor yang aman harus dicari. Donor aman dapat dipilih melalui kuesioner donor dan dengan memberikan informasi yang jelas kepada calon donor mengenai syarat-syarat darah yang aman. Rekrut donor sukarela dan jangan meminta staf untuk menyumbangkan darah;
- Standar Operasional Prosedur (SOP) untuk transfusi darah tersedia. SOP merupakan komponen penting dari sistem kualitas di organisasi mana pun dan digunakan untuk memastikan konsistensi dalam menjalankan suatu kegiatan. Penggunaan SOP adalah wajib oleh semua anggota staf yang berurusan dengan transfusi darah setiap kali mereka melakukan suatu kegiatan. Simpan salinan SOP-SOP di lokasi pusat, dan pasang di tempat di mana masing-masing prosedur dilakukan sehingga dengan mudah dijadikan referensi;
- tanggung jawab atas keputusan untuk melakukan transfusi ditetapkan dan staf medis yang akan bertanggung jawab;
- staf diinformasikan mengenai protokol dan harus mengikuti prosedur setiap saat untuk memastikan praktik transfusi darah yang aman di sisi tempat tidur;
- produk limbah, seperti kantong darah, alat suntik dan jarum suntik, dibuang secara aman;
- lokasi dimana darah diskriming dan dimana transfusi dilakukan harus memiliki sumber penerangan yang dapat diandalkan. Untuk meminimalkan risiko kesalahan, sedapat mungkin hindari transfusi darah pada malam hari.

3.3.2 Tindakan Pencegahan Standar

Tindakan pencegahan standar adalah langkah pengendalian infeksi yang mengurangi risiko penularan patogen-patogen yang terbawa dalam darah melalui paparan terhadap darah atau cairan tubuh di antara para pasien dan petugas kesehatan. Menurut prinsip “pencegahan standar”, darah dan cairan tubuh dari semua orang harus dianggap sebagai terinfeksi HIV, terlepas dari pengetahuan atau dugaan kita mengenai status orang tersebut. Tindakan pencegahan standar dapat mencegah penyebaran infeksi seperti HIV, hepatitis B, hepatitis C dan patogen-patogen lain di dalam lingkungan perawatan kesehatan.

Dalam suatu situasi darurat bencana, mungkin terjadi kekurangan supply sektor kesehatan atau infrastruktur dan beban kerja yang meningkat. Staf yang bekerja di sektor kesehatan mungkin akan terdorong untuk mengambil jalan pintas dalam melaksanakan prosedur, yang membahayakan keselamatan para pasien maupun staf sendiri. Oleh karena itu, adalah penting untuk menghormati tindakan-tindakan pencegahan standar. Pengawasan yang teratur dapat membantu mengurangi risiko terpapar infeksi di tempat kerja.

Tekankan pentingnya tindakan pencegahan standar pada saat rapat koordinasi kesehatan yang pertama.

Tindakan pencegahan standar adalah:

- **Sering mencuci tangan:** Cuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah kontak dengan pasien. Membuat fasilitas dan perlengkapan untuk mencuci tangan mudah didapat oleh semua penyedia layanan.
- **Mengenakan sarung tangan:** Pakailah sarung tangan non-steril sekali pakai untuk semua prosedur dimana diperkirakan akan ada kontak dengan darah atau cairan tubuh lain yang berpotensi terinfeksi virus: Cuci tangan sebelum memakai dan setelah

melepas sarung tangan. Buang sarung tangan segera setelah digunakan. Staf yang menangani bahan-bahan dan benda tajam wajib mengenakan sarung tangan yang lebih kuat (sarung tangan khusus untuk pekerjaan berat) dan harus menutupi luka dan lecet dengan balutan/plester tahan air. Pastikan bahwa ada cukup persediaan.

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

- **Memakai pakaian pelindung**, seperti baju atau celemek tahan air, jika darah atau cairan tubuh lain mungkin terpercik. Staf diwajibkan menggunakan masker dan pelindung mata di mana ada kemungkinan terpapar darah dalam jumlah banyak.
- **Penanganan aman terhadap benda-benda tajam:**
 - ▶ Minimalkan perlunya menangani alat suntik dan jarum suntik.
 - ▶ Gunakan alat suntik dan jarum suntik sekali pakai yang steril untuk setiap injeksi.
 - ▶ Atur area kerja tempat penyuntikan untuk mengurangi risiko cedera.
 - ▶ Gunakan botol dosis-tunggal daripada botol multi-dosis. Jika menggunakan botol multi-dosis, hindari meninggalkan jarum pada penutup karet. Setelah dibuka, simpan botol multi-dosis di lemari es.
 - ▶ Jangan menutup kembali jarum suntik.
 - ▶ Posisikan pasien dan beritahukan dengan benar mengenai penyuntikan.
 - ▶ Buang jarum suntik dan benda-benda tajam di kotak pengaman (safety boxes) yang anti tusuk dan anti bocor. Pastikan wadah anti tusuk untuk pembuangan benda tajam selalu tersedia di tempat yang dekat namun di luar jangkauan anak-anak. Benda tajam tidak boleh dibuang ke tempat sampah atau kantong sampah biasa.

- **Pembuangan limbah:** Bakar semua sampah medis di area terpisah, sebaiknya masih pada lahan fasilitas kesehatan. Kubur benda-benda yang masih menjadi ancaman, seperti benda tajam, di sebuah lubang tertutup sedikitnya 10 meter dari sumber air.
- **Pemrosesan Instrumen:** Proses instrumen-instrumen bekas pakai dalam urutan sebagai berikut:
 1. *Dekontaminasi* instrumen untuk membunuh virus (HIV dan hepatitis B) dan menjadikan barang lebih aman untuk ditangani.
 2. *Bersihkan* instrumen sebelum melakukan sterilisasi atau disinfeksi tingkat tinggi (DTT) untuk menghilangkan kotoran.
 3. *Sterilkan* (menghilangkan semua patogen) instrumen-instrumen untuk meminimalkan risiko infeksi selama prosedur. Dianjurkan menggunakan steam autoclaving. DTT (melalui perebusan atau perendaman dalam larutan klorin) mungkin tidak dapat menghilangkan semua spora.
 4. *Gunakan atau simpan dengan benar* alat-alat segera setelah disterilisasi.
- **Pemeliharaan Fasilitas:** Bersihkan tumpahan darah atau cairan tubuh lainnya dengan segera dan hati-hati.

Menetapkan dan melaksanakan kebijakan tempat kerja untuk keterpaparan dalam pekerjaan

Meskipun tindakan-tindakan pencegahan standar telah ditetapkan dan ditaati, keterpaparan terhadap HIV dapat saja terjadi. Pastikan PEP tersedia di sektor kesehatan sebagai bagian dari paket tindakan pencegahan standar yang lengkap untuk mengurangi keterpaparan staf terhadap infeksi di tempat kerja. Pasanglah pengumuman tentang cara-cara pertolongan pertama di ruang-ruang kerja yang relevan (lihat Kotak 7) dan informasikan kepada semua staf bagaimana mengakses perawatan untuk keterpaparan. Ketika mengelola keterpaparan dalam pekerjaan, harus:

- Menjaga **kerahasiaan** setiap saat.
 - Menilai risiko penularan HIV ketika terjadi paparan dalam pekerjaan: jenis paparan (luka pada kulit, percikan selaput lendir, dll); jenis bahan paparan (darah, cairan tubuh lain, dll), dan kemungkinan infeksi HIV dari pasien.
 - Memberi konseling kepada pasien tentang tes HIV dan lakukan tes HIV jika memperoleh persetujuan.
 - Memberikan konseling kepada pekerja yang terpapar mengenai implikasi paparan, perlunya PEP, cara meminumnya dan apa yang harus dilakukan bila timbul efek samping.
 - Catat riwayat medis dan lakukan pemeriksaan terhadap pekerja yang terkena paparan atas persetujuan setelah mendapat informasi, rekomendasikan konseling dan tes HIV sukarela dan berikan PEP bila sesuai. Protokol pengobatan PEP adalah sama seperti untuk korban/penyintas kekerasan seksual (lihat Tabel 4). **Tes HIV tidak diperlukan sebelum diberi resep PEP.**
 - Berikan edukasi tentang pengurangan risiko dengan meninjau-ulang urutan kejadian dan memberi nasihat kepada pekerja yang terpapar untuk menggunakan kondom guna mencegah penularan sekunder selama tiga bulan ke depan.
 - Berikan konseling dan test HIV sukarela pada saat tiga dan enam bulan setelah keterpaparan, terlepas apakah pekerja yang terpapar itu diberi PEP atau tidak.
 - Membuat laporan kejadian.
- fasilitas kesehatan dan supervisor menegakkan kepatuhan terhadap standar tersebut;
- menyelenggarakan sesi orientasi di tempat kerja mengenai tindakan pencegahan standar untuk para pekerja kesehatan dan staf tambahan, jika diperlukan;
 - menetapkan sistem pengawasan seperti daftar-periksa sederhana untuk memastikan kepatuhan pada protokol;
 - memastikan bahwa pengumuman tentang pertolongan pertama untuk keterpaparan dipasang di tempat terbuka sehingga staf mendapat informasi dan tahu ke mana harus melapor dan mendapat PEP jika diperlukan;
 - secara teratur mereview laporan-laporan tentang keterpaparan di tempat kerja untuk menentukan kapan dan bagaimana paparan terjadi, dan mengidentifikasi masalah-masalah keselamatan, dan tindakan pencegahan yang mungkin dilakukan.



Untuk memastikan penerapan pencegahan standar, petugas kesehatan reproduksi dan manajer program kesehatan reproduksi harus bekerja bersama mitra sektor/cluster kesehatan dan:

- memastikan protokol untuk tindakan pencegahan standar dipasang di setiap

Kotak 7: Pertolongan Pertama

Keterpaparan di Tempat Kerja : Pertolongan Pertama

Cedera dengan jarum bekas atau instrumen tajam dan kulit yang luka

- Jangan dipijat atau digosok.
- Segera cuci dengan sabun dan air atau larutan klorheksidin glukonat.
- Jangan menggunakan larutan kuat. Pemutih atau yodium akan mengiritasi luka.

Percikan darah atau cairan tubuh pada kulit yang tidak luka

- Cuci segera daerah yang terkena. Jangan menggunakan disinfektan yang kuat.

Percikan darah atau cairan tubuh di mata

- Segera basuh mata yang terkena dengan air atau saline normal.
- Miringkan kepala ke belakang dan minta teman menuangkan air atau saline normal.
- Jangan gunakan sabun atau desinfektan pada mata.

Percikan darah atau cairan tubuh di mulut

- Segera buang keluar cairan.
- Bilas mulut secara menyeluruh dengan air atau garam. Ulangi beberapa kali.
- Jangan gunakan sabun atau desinfektan di mulut.

Laporkan kejadian kepada (*tuliskan nama di sini*) dan gunakan PEP jika ada indikasi

3.3.3 Membuat kondom gratis tersedia

Kondom merupakan metode perlindungan penting untuk mencegah penularan HIV dan Infeksi Menular Seksual (IMS) lainnya. Meskipun tidak semua orang tahu tentang kondom, dalam kebanyakan populasi ada beberapa orang yang akan menggunakan kondom. Pastikan bahwa kondom untuk laki-laki dan perempuan tersedia sejak hari-hari permulaan respon kemanusiaan dan pesan segera persediaan kondom untuk laki-laki dan perempuan yang berkualitas baik dalam jumlah yang cukup (lihat Kotak 8).

Kotak 8: Memesan Kondom

- Pastikan bahwa kantor pengadaan yang bertanggung jawab atas pembelian grosir untuk keadaan darurat menambahkan surat keterangan/sertifikat dalam bahasa yang sesuai pada semua pengiriman yang menyatakan bahwa kondom telah menjalani uji kualitas atas dasar *batch-by-batch* oleh sebuah laboratorium independen.
- Lembaga dengan pengalaman terbatas dalam pengadaan kondom dapat memesan kondom melalui UNFPA. UNFPA dapat dengan cepat mengirimkan kondom berkualitas baik dalam jumlah besar ke lapangan sebagai bagian dari *RH Kit* (Kit kesehatan reproduksi) antar lembaga (lihat paragraf 3.5).
- Kondom laki-laki tersedia dalam *RH kit antar lembaga 1*, bagian A. Kondom untuk perempuan terdapat di *RH kit antar lembaga 1*, bagian B. *Kit* ini berisi persediaan yang cukup untuk kebutuhan 10.000 orang selama tiga bulan (lihat perhitungan di bawah ini). Selebaran/leaflet yang menjelaskan penggunaan yang tepat dari kondom laki-laki dan perempuan juga disertakan.

Perhitungan untuk persediaan kondom 10.000 penduduk selama lebih dari 3 bulan

Kondom untuk laki-laki	Kondom untuk perempuan
<i>Asumsi:</i>	<i>Asumsi:</i>
20% penduduk laki-laki aktif secara seksual	25% dari populasi adalah perempuan aktif secara seksual
<i>Oleh karena itu:</i>	<i>Oleh karena itu:</i>
$20\% \times 10.000 \text{ orang} = 2000 \text{ laki-laki}$	$25\% \times 10.000 \text{ orang} = 2500 \text{ perempuan}$
<i>Asumsi:</i>	<i>Asumsi:</i>
20% dari jumlah ini akan menggunakan kondom	1% dari jumlah ini akan menggunakan kondom perempuan
<i>Oleh karena itu:</i>	<i>Oleh karena itu:</i>
$20\% \times 2000 = 400 \text{ pengguna}$	$1\% \times 2.500 = 25 \text{ pengguna}$
<i>Asumsi:</i>	<i>Asumsi:</i>
Setiap pengguna membutuhkan 12 kondom per bulan	Setiap pengguna membutuhkan 6 kondom per bulan
<i>Oleh karena itu:</i>	<i>Oleh karena itu:</i>
$400 \times 12 \times 3 \text{ bulan} = 14.400 \text{ kondom laki-laki}$	$25 \times 6 \times 3 \text{ bulan} = 450 \text{ kondom perempuan}$
<i>Asumsi:</i>	<i>Asumsi:</i>
20% cadangan (2880 kondom)	20% cadangan (90 kondom wanita)
<i>Oleh karena itu:</i>	<i>Oleh karena itu:</i>
TOTAL = $14.400 + 2.880 = 17.280$ (atau 120 gross)	TOTAL = $450 + 90 = 540$ (atau 3,8 gross)

Sediakan kondom atas permintaan dan pastikan bahwa kondom tersedia di semua fasilitas kesehatan dan di area-area pribadi yang dapat diakses oleh masyarakat seperti di toilet umum, di bar, di titik-titik distribusi non pangan dan tempat pertemuan remaja dan masyarakat. Berkonsultasi dengan staf lokal tentang bagaimana kondom dapat disediakan dengan cara yang peka terhadap budaya lokal, terutama untuk kelompok-kelompok yang paling berisiko, seperti pekerja seks dan pelanggannya, laki-laki yang berhubungan seks dengan laki-laki, pengguna narkoba melalui suntikan dan kaum muda/remaja. Para remaja dapat membantu mengidentifikasi lokasi-lokasi dimana rekan-rekan mereka berkumpul. Pastikan kondom juga tersedia untuk masyarakat sekitar, staf lembaga bantuan, staf angkatan bersenjata, pengemudi truk pengiriman bantuan, dll.

Pengambilan kondom harus dipantau dengan melakukan pengecekan rutin (dan pengisian stok jika perlu) pada titik distribusi.

3.4 Mencegah meningkatnya kesakitan dan kematian maternal dan neonatal

Kegiatan prioritas untuk mencegah meningkatnya kesakitan dan kematian maternal dan neonatal

- Memastikan ketersediaan layanan kegawatdaruratan kebidanan dan perawatan neonatal termasuk:
 - ▶ Di fasilitas kesehatan: penolong persalinan terlatih dan supply untuk pertolongan persalinan normal dan penanganan komplikasi kebidanan dan bayi baru lahir
 - ▶ Di rumah sakit rujukan: staf medis yang terampil dan supply untuk penanganan kegawatdaruratan kebidanan dan bayi baru lahir.
- Membangun sistem rujukan untuk memfasilitasi transportasi dan komunikasi dari masyarakat ke puskesmas dan antara puskesmas dan rumah sakit.

Kotak 9: PONED (Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergency Dasar) dan PONEK (Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergency Komprehensif)

- Pastikan layanan PONED dan perawatan bayi baru lahir di semua puskesmas. Ini berarti bahwa staf adalah terampil dan memiliki sumber daya untuk menyediakan:
 - ▶ antibiotik melalui infus
 - ▶ obat uterotonika melalui infus (oksitosin)
 - ▶ obat antikonvulsi melalui infus (magnesium sulfat)
 - ▶ pengambilan secara manual hasil konsepsi yang tertinggal, dengan menggunakan teknologi yang tepat
 - ▶ melakukan manual placenta
 - ▶ kelahiran melalui vagina yang dibantu (dengan vakum atau forceps)
 - ▶ resusitasi maternal dan neonatal
- Pastikan adanya layanan PONEK dan perawatan bayi baru lahir di rumah sakit. Ini berarti bahwa staf adalah terampil dan memiliki sumber daya untuk mendukung semua intervensi di atas, serta untuk:
 - ▶ melakukan pembedahan dengan anestesi umum (operasi caesar, laparatomi)
 - ▶ memberikan transfusi darah yang aman dan rasional

(Lihat Bab 6 untuk informasi tambahan.)

- Menyediakan kit persalinan bersih untuk ibu hamil yang terlihat dan penolong persalinan jika terpaksa melahirkan di rumah ketika akses ke fasilitas Kesehatan tidak memungkinkan.

3.4.1 Menjamin tersedianya layanan kegawatdaruratan kebidanan dan layanan perawatan bayi baru lahir

Menurut Indikator-indikator Proses layanan kegawatdaruratan kebidanan dari PBB,

diperkirakan 15% perempuan akan mengalami komplikasi yang berpotensi mengancam nyawanya selama kehamilan atau pada saat kelahiran dan 5% sampai 15% dari semua kelahiran akan memerlukan operasi caesar. WHO memperkirakan bahwa 9% sampai 15% bayi yang baru lahir akan memerlukan perawatan darurat untuk menyelamatkan nyawanya. Untuk mencegah kesakitan dan kematian ibu dan bayi baru lahir akibat komplikasi, petugas kesehatan reproduksi harus memastikan bahwa layanan PONED dan PONEK tersedia 24 jam per hari, tujuh hari per minggu (lihat Kotak 9).

PONED dan perawatan bayi baru lahir

Meskipun persalinan oleh tenaga terlatih pada semua kelahiran di fasilitas kesehatan sangat ideal karena dapat membantu mengurangi kesakitan dan kematian ibu yang berhubungan dengan kehamilan dan persalinan, mungkin hal ini belum dapat disediakan pada permulaan respon bencana. Namun, minimal harus dipastikan bahwa di setiap fasilitas kesehatan tersedia PONEK dan intervensi perawatan bayi baru lahir (sebagaimana dijelaskan dalam Kotak 9), maupun kapasitas untuk merujuk ke rumah sakit jika diperlukan, selama 24 jam per hari, tujuh hari dalam seminggu.

Di antara 15% perempuan dengan komplikasi kebidanan yang mengancam hidupnya, masalah yang paling sering adalah pendarahan yang parah, infeksi, eklampsia dan persalinan macet.

Sekitar dua pertiga kematian bayi terjadi dalam 28 hari pertama. Sebagian besar kematian ini dapat dicegah dengan tindakan penting yang dapat dilakukan oleh petugas kesehatan, ibu atau anggota masyarakat lainnya. Sekitar 5% sampai 10% bayi yang baru lahir tidak bernafas secara spontan pada saat kelahiran dan membutuhkan resusitasi. Kira-kira separuh dari bayi yang memiliki kesulitan memulai bernapas, memerlukan resusitasi. Alasan utama kegagalan bernafas antara lain kelahiran prematur dan kejadian intrapartum akut yang mengakibatkan asphyxia berat.

Untuk mencegah dan mengatasi komplikasi ini:

- Sediakan bahan-bahan dan obat-obat untuk bidan dan penolong persalinan terlatih lainnya untuk pertolongan persalinan, untuk mengatasi komplikasi dan untuk menstabilkan perempuan tersebut sebelum dibawa ke rumah sakit, bila perlu.
- Pastikan penolong persalinan terlatih itu kompeten untuk memberi perawatan bayi baru lahir yang rutin maupun darurat, termasuk:
 - ▶ inisiasi pernapasan;
 - ▶ resusitasi;
 - ▶ perlindungan suhu tubuh (menunda mandi, mengeringkan, kontak kulit-ke-kulit);
 - ▶ pencegahan infeksi (kebersihan, memotong dan merawat tali pusar secara higienis, perawatan mata);
 - ▶ pemberian ASI yang segera dan eksklusif;
 - ▶ pengobatan penyakit pada bayi baru lahir dan perawatan bayi prematur / berat badan lahir rendah.

Supply untuk mendukung PONEK dan perawatan bayi baru lahir termasuk dalam RH kit antar lembaga (lihat paragraf 3.5). Supply untuk resusitasi bayi baru lahir tersedia dalam RH kit antar lembaga 6. Ketika memesan dari sumber lain, pastikan bahwa di dalam paket kebidanan ada perlengkapan resusitasi bayi baru lahir.

PONEK dan perawatan bayi baru lahir

Jika memungkinkan, dukunglah rumah sakit negara tuan rumah dengan staf terampil, infrastruktur, komoditi medis, termasuk obat-obatan dan peralatan bedah, yang diperlukan untuk menyelenggarakan PONEK dan perawatan bayi baru lahir (lihat Kotak 9). Jika hal ini tidak mungkin karena lokasi rumah sakit atau karena ketidakmampuan untuk memenuhi permintaan yang semakin meningkat, maka petugas kesehatan reproduksi harus bekerja dengan sektor/cluster kesehatan dan lembaga seperti ICRC atau IFRC (Federasi Internasional Palang Merah atau Bulan Sabit Merah)

untuk mengatasi masalah, misalnya dengan mengadakan rumah sakit rujukan di dekat lokasi penduduk yang terdampak.

3.4.2 Membangun sistem rujukan untuk keadaan darurat kebidanan dan bayi baru lahir

Berkoordinasi dengan sektor/cluster kesehatan dan pihak berwenang di negara yang bersangkutan untuk memastikan adanya sistem rujukan (termasuk sarana komunikasi dan transportasi) sesegera mungkin di dalam situasi bencana. Sistem rujukan ini harus mendukung penanganan komplikasi kebidanan dan bayi baru lahir 24 jam sehari, tujuh hari seminggu. Sistem ini harus memastikan bahwa perempuan, remaja perempuan dan bayi baru lahir yang membutuhkan perawatan darurat dirujuk ke puskesmas di mana layanan PONEK dan perawatan bayi baru lahir tersedia. Pasien dengan komplikasi kebidanan dan bayi baru lahir dalam kondisi darurat yang tidak dapat ditangani di puskesmas harus distabilkan kondisinya dan dibawa ke rumah sakit yang mempunyai layanan PONEK dan layanan perawatan bayi baru lahir.

- Tentukan kebijakan, prosedur dan praktik yang harus diikuti di puskesmas dan rumah sakit untuk memastikan rujukan yang efisien.
- Tentukan jarak dari masyarakat yang terdampak ke puskesmas yang berfungsi dan ke rumah sakit, serta pilihan transportasi untuk rujukan.
- Pasang protokol di setiap puskesmas, yang menyebutkan kapan, di mana dan bagaimana merujuk pasien dengan kondisi darurat kebidanan ke tingkat perawatan berikutnya.
- Informasikan kepada masyarakat kapan dan di mana bisa mencari perawatan darurat untuk komplikasi kehamilan dan melahirkan secepatnya. Bertemu dan informasikan kepada tokoh masyarakat, dukun, dan lain-lain untuk mendistribusikan brosur-brosur bergambar atau melakukan pendekatan

Komunikasi, Informasi, Edukasi (KIE) yang kreatif.

Tanpa akses ke layanan kegawatdaruratan kebidanan dan perawatan bayi baru lahir yang memadai, seorang perempuan dan bayi yang baru lahir bisa meninggal sia-sia. Oleh karena itu adalah sangat penting untuk mencoba merundingkan akses ke rumah sakit rujukan.

Jika layanan rujukan 24/7 tidak mungkin diselenggarakan, maka sangat penting bahwa staf yang kompeten ada setiap saat di puskesmas untuk memberikan layanan PONEK dan perawatan bayi baru lahir (lihat paragraf 3.4.1). Dalam situasi ini, akan sangat membantu bila ada sistem komunikasi, seperti penggunaan radio atau telepon seluler, untuk berkomunikasi dengan personel dengan kapasitas yang lebih tinggi untuk meminta petunjuk dan dukungan medis.

Kotak 10: Mendorong Melahirkan di Puskesmas

Adalah penting untuk menekankan bahwa jika puskesmas mempunyai penolong persalinan terlatih dan peralatan serta perlengkapan yang cukup, maka semua perempuan harus diberitahu dimana lokasi klinik-klinik itu dan harus didorong untuk melahirkan di sana. Informasi ini dapat diberikan ketika kit persalinan bersih didistribusikan, dan melalui komunikasi dengan masyarakat.

3.4.3 Kit persalinan bersih

Dalam semua situasi darurat terdapat beberapa perempuan dan gadis yang sedang hamil tua dan karena itu akan melahirkan dalam kondisi darurat. Pada permulaan respon darurat, kelahiran sering terjadi di luar puskesmas tanpa bantuan penolong persalinan. Sediakan kit persalinan bersih untuk semua perempuan yang kehamilannya sudah tampak jelas jika

terpaksa melahirkan di rumah jika akses ke fasilitas kesehatan tidak memungkinkan. Pendistribusiannya dapat dilakukan di lokasi pendaftaran, misalnya.

Dalam masyarakat di mana yang membantu kelahiran di rumah, mereka dapat diberikan kit persalinan bersih dan perlengkapan dasar tambahan. Hubungkan dukun bayi ini ke klinik kesehatan dengan penolong persalinan terlatih dimana mereka dapat mendaftar dan meminta perlengkapan mereka. Ini adalah langkah pertama untuk mengintegrasikan mereka ke dalam program kesehatan reproduksi komprehensif, dimana mereka mungkin dapat berperan sebagai penghubung antara keluarga, masyarakat dan otoritas setempat dan layanan kesehatan reproduksi. Lihat Bab 6: Kesehatan Maternal dan Neonatal.

Kit persalinan bersih dan perlengkapan untuk dukun bayi dapat dipesan melalui UNFPA (RH kit antar lembaga 2A dan B, lihat paragraf

3.5). Oleh karena bahan-bahan ini seringkali mudah diperoleh secara lokal dan tidak ada tanggal kadaluarsa, maka paket-paket itu dapat dirakit di tempat dan disimpan dahulu sebagai persiapan di situasi di mana paket-paket tersebut tidak harus segera tersedia. Dapat juga diadakan kontrak dengan LSM lokal untuk membuat paket-paket itu, sehingga dapat menjadi proyek yang menghasilkan pendapatan bagi perempuan-perempuan setempat.

3.5 Supply untuk melaksanakan PPAM

Untuk melaksanakan komponen pelayanan PPAM (menyediakan layanan klinis untuk para korban/penyintas perkosaan; mengurangi penularan HIV; mencegah meningkatnya kesakitan dan kematian yang tinggi pada ibu dan bayi baru lahir), *Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Crises* (IAWG)/Kelompok Kerja Antar Lembaga untuk Kesehatan Reproduksi dalam situasi darurat telah merancang paket perlengkapan yang berisi obat-obatan dan perlengkapan yang bertujuan untuk memfasilitasi pelaksanaan layanan prioritas kesehatan reproduksi ini, yaitu *Interagency Reproductive Health Kits (RH Kit)*. Kit kesehatan reproduksi Antar-lembaga ini melengkapi *Interagency Emergency Health Kit 2006* (IEHK), yang merupakan perlengkapan kesehatan darurat standar berisi obat-obatan penting, alat-alat dan perlengkapan untuk memberi layanan kesehatan dasar. Dalam situasi kemanusiaan, IEHK seringkali cepat tersedia, tetapi meskipun berisi bidan kit, Pil kontrasepsi darurat (Pil kontrasepsi darurat), pengobatan PEP untuk mencegah penularan HIV setelah perkosaan dan peralatan untuk tindakan pencegahan standar, IEHK tidak memiliki semua perlengkapan yang dibutuhkan untuk melaksanakan PPAM.

RH kit dirancang untuk digunakan pada fase awal respon bencana dan berisi supply yang cukup untuk jangka waktu tiga bulan untuk jumlah penduduk yang berbeda, tergantung

Kotak 11: Kit persalinan bersih

Paket berisi bahan-bahan yang sangat dasar:

- satu lembar plastik (sebagai alas untuk melahirkan)
- sebatang sabun
- sepasang sarung tangan
- satu pisau cukur bersih (baru dan masih dibungkus dengan kertas asli) (untuk memotong tali pusar)
- tiga potong benang (untuk mengikat tali pusar)
- dua lembar kain katun (satu untuk mengeringkan dan satu untuk menghangatkan bayi)
- leaflet berisi penjelasan dengan gambar-gambar

pada cakupan penduduk dari layanan kesehatan untuk masing-masing kit.

13 jenis RH kits yang dibagi menjadi tiga blok, masing-masing blok menargetkan tingkat pelayanan kesehatan yang berbeda:

- Blok 1: Tingkat masyarakat dan pelayanan kesehatan dasar: 10.000 orang/3 bulan
- Blok 2: Tingkat pelayanan kesehatan dasar dan rumah sakit rujukan: 30.000 orang/ 3 bulan
- Blok 3: Tingkat rumah sakit rujukan: 150.000 orang / 3 bulan

Blok 1

Blok 1 terdiri dari 6 kit. Barang-barang dalam paket perlengkapan ini dimaksudkan untuk digunakan oleh penyedia layanan yang memberikan layanan kesehatan reproduksi di tingkat masyarakat dan perawatan kesehatan primer. Kit ini berisi terutama obat-obatan dan bahan habis pakai. Kit 1, 2 dan 3 dibagi lagi menjadi bagian A dan B, yang dapat dipesan secara terpisah.

Blok 2

Blok 2 terdiri dari lima kit yang berisi bahan habis pakai dan bahan yang dapat digunakan kembali. Barang-barang dalam paket perlengkapan ini dimaksudkan untuk digunakan oleh penyedia layanan kesehatan terlatih dengan tambahan keterampilan kebidanan dan keterampilan kebidanan dan neonatal tertentu, pada tingkat puskesmas atau rumah sakit.

Blok 3

Dalam situasi bencana, pasien-pasien dari populasi yang terdampak dirujuk ke rumah sakit terdekat, yang mungkin memerlukan dukungan dalam hal peralatan dan perlengkapan agar dapat memberikan layanan yang diperlukan untuk beban kasus tambahan seperti ini. Blok 3 terdiri dari dua kit yang berisi bahan habis pakai dan perlengkapan yang dapat digunakan kembali untuk memberikan layanan PONEK pada tingkat rujukan (bedah kebidanan). Diperkirakan bahwa rumah sakit

pada tingkat ini mencakup jumlah penduduk sekitar 150.000 orang. Paket perlengkapan 11 memiliki dua bagian, A dan B, yang biasanya digunakan bersama-sama tetapi dapat dipesan secara terpisah.

3.5.1 Pengadaan dan Logistik dari RH kits

UNFPA bertanggung jawab atas perakitan dan pengiriman *RH kit* antar lembaga. Namun, lembaga tidak boleh bergantung pada satu sumber untuk supply dan harus memasukkan supply kesehatan reproduksi dalam pengadaan perlengkapan medis mereka secara keseluruhan.

Pesan *RH kit antar lembaga* melalui UNFPA atau tetapkan sumber lain yang berkualitas untuk memastikan bahwa semua peralatan dan bahan yang diperlukan tersedia untuk menyelenggarakan keseluruhan layanan kesehatan reproduksi prioritas. Koordinasikan pemesanan perlengkapan kesehatan di dalam sektor/cluster kesehatan untuk menghindari pemborosan.

Ketika merencanakan untuk memesan RH kits, buatlah rencana untuk pendistribusian RH kits tersebut di dalam negeri. Rencana ini menggambarkan berapa kits yang akan dikirim ke mitra yang mana, dalam kondisi geografis yang mana. Rencana ini juga mencakup rencana detail tentang transportasi dan penyimpanan di dalam negara, termasuk penyediaan barang-barang yang harus selalu dalam keadaan dingin (*cold-chain*).

Tabel 6: Kit Kesehatan Reproduksi Antar Lembaga		
Blok 1		
No. Kit	Nama Kit	Kode Warna
Kit 0	Administrasi	Oranye
Kit 1	Kondom (Bagian A: kondom laki-laki tambah Bagian B: kondom perempuan)	Merah
Kit 2	Kelahiran Bersih (Perorangan) (Bagian A: kit persalinan bersih ditambah bagian B: perlengkapan untuk penolong persalinan)	Biru tua
Kit 3	Pasca Perkosaan Bagian A: Pil Kontrasepsi darurat dan pengobatan IMS ditambah Bagian B: PEP	Merah muda
Kit 4	Kontrasepsi oral dan injeksi	Putih
Kit 5	Pengobatan IMS (Infeksi Menular Seksual)	Biru muda/turquoise
Blok 2		
No. Kit	Nama Kit	Kode Warna
Kit 6	Kit persalinan (Fasilitas Kesehatan)	Coklat
Kit 7	IUD	Hitam
Kit 8	Penanggulangan Komplikasi Keguguran dan Aborsi	Kuning
Kit 9	Menjahit Sobekan (leher rahim dan vagina) dan Pemeriksaan vagina	Ungu
Kit 10	Persalinan dengan Vakum (Manual)	Abu-abu
Blok 3		
No. Kit	Nama Kit	Kode Warna
Kit 11	Tingkat rujukan (Bagian A tambah B)	Hijau fluoresens
Kit 12	Transfusi Darah	Hijau tua

Bersiaplah untuk menerima barang-barang segera setelah mereka tiba di pelabuhan dan pastikan bahwa semua formulir untuk bea cukai telah diisi sebelumnya sehingga tidak

ada penundaan yang tidak perlu dalam proses pengimporan kits tersebut. Cluster logistik, jika ada, mungkin dapat membantu memfasilitasi ini.

Tabel 7: Kontak yang dapat dihubungi terkait RH kits antar lembaga

Alamat	UNFPA	UNFPA	UNFPA
	Humanitarian Response Branch 220 East 42nd Street New York, NY 10017 USA	Humanitarian Response Branch 11-13 chemin des Anémones 1219 Chatelaine, Geneva, Switzerland	Procurement Services Branch Midtermolen 3 2100 Copenhagen Denmark
Fax	+1 212 297 4915	+41 22 917 80 16	+45 35 46 70 18
E-mail	hrb@unfpa.org	hrb@unfpa.org	procurement@unfpa.dk
Website	www.unfpa.org		http://web.unfpa.org/procurement/form_request.cfm

Informasi tentang kits atau bantuan dalam pemesanan dapat diberikan oleh Kantor lapangan UNFPA, lembaga mitra atau UNFPA Procurement Services Branch (PSB) atau UNFPA Humanitarian Response Branch (HRB)

3.6 Rencanakan untuk mengintegrasikan layanan kesehatan reproduksi komprehensif ke dalam layanan kesehatan dasar

Mulailah merencanakan integrasi kegiatan kesehatan reproduksi komprehensif ke dalam pelayanan kesehatan dasar pada fase awal respon darurat. Jika tidak dilakukan, ini dapat menyebabkan penundaan yang tidak perlu dalam penyediaan layanan ini, yang meningkatkan risiko terjadinya kehamilan-kehamilan yang tidak diinginkan, penularan IMS (infeksi menular seksual), komplikasi dalam kekerasan berbasis gender, serta kesakitan dan kematian pada ibu dan bayi baru lahir.

Mulailah penyelenggaraan layanan kesehatan reproduksi komprehensif segera setelah standar-standar untuk indikator PPAM telah dicapai (lihat Bab 3: Assessment, Monitoring dan Evaluasi). Ketika proses penyusunan

proposal dan lembaga-lembaga kemanusiaan memulai perencanaan untuk jangka waktu yang lebih panjang (6-12 bulan), layanan yang komprehensif harus diintegrasikan ke dalam proses pendanaan dan perencanaan, seperti Common Humanitarian Action Plan (CHAP), Consolidated Appeals Process (CAP) dan proposal kepada Central Emergency Response Fund (CERF).

Untuk merancang suatu program layanan kesehatan reproduksi yang komprehensif dan terintegrasikan ke dalam pelayanan kesehatan dasar, para petugas kesehatan reproduksi dan manajer program kesehatan reproduksi harus bekerja dalam sektor/cluster kesehatan untuk:

- memesan peralatan dan bahan kesehatan reproduksi
- mengumpulkan data latar belakang yang ada
- mengidentifikasi tempat yang sesuai untuk menyelenggarakan layanan kesehatan reproduksi yang komprehensif di masa depan
- menilai kapasitas staf untuk memberikan layanan kesehatan reproduksi yang komprehensif dan membuat rencana untuk pelatihan/pelatihan kembali.

Kotak 12: PPAM dan Layanan Kesehatan reproduksi komprehensif		
Komponen kesehatan reproduksi (tidak berdasarkan urutan prioritas/kepentingan)	Pelayanan kesehatan reproduksi prioritas (PPAM)	Layanan kesehatan reproduksi Komprehensif
KELUARGA BERENCANA	<i>*Menyediakan alat kontrasepsi seperti kondom, pil, suntik dan IUD untuk memenuhi permintaan</i>	Mencari supplier dan pengadaan kontrasepsi Memberikan pelatihan untuk staf Menetapkan program keluarga berencana yang komprehensif Memberikan pendidikan pada masyarakat
KEKERASAN BERBASIS GENDER	Koordinasikan mekanisme-mekanisme untuk mencegah kekerasan seksual bersama sektor kesehatan dan sektor/ cluster lainnya Memberikan perawatan klinis untuk korban/penyintas perkosaan	Memperluas bantuan medis, psikologis, sosial dan hukum bagi para korban/ penyintas Mencegah dan menangani bentuk-bentuk lain dari kekerasan berbasis gender, termasuk kekerasan dalam rumahtangga, perkawinan dini /paksa, sunat perempuan Memberikan pendidikan masyarakat Melibatkan pria dan anak laki-laki dalam program kekerasan berbasis gender
PERAWATAN IBU DAN BAYI BARU LAHIR	Pastikan ketersediaan layanan kegawatdaruratan kebidanan untuk ibu dan perawatan bayi baru lahir Membangun sistem rujukan 24/7 untuk layanan kegawatdaruratan kebidanan Menyediakan kit persalinan bersih untuk perempuan yang kehamilannya sudah tampak jelas dan untuk penolong persalinan	Menyediakan layanan antenatal care Menyediakan layanan postnatal care Melatih penolong persalinan (bidan, perawat, dokter) dalam melakukan layanan kegawatdaruratan kebidanan dan perawatan bayi baru lahir Meningkatkan akses ke layanan PONEC dan PONEK
IMS, TERMASUK PENCEGAHAN DAN PENGOBATAN HIV	Pastikan praktik transfusi darah yang aman Memfasilitasi dan menegakkan kepatuhan terhadap tindakan pencegahan standar Menjadikan kondom gratis dan tersedia <i>* Sediakan pengobatan sindrom sebagai bagian dari layanan klinis yang rutin untuk pasien-pasien yang datang untuk perawatan</i> <i>* Sediakan pengobatan untuk pasien-pasien yang sudah berobat dengan ARV, termasuk untuk PMTCT, sesegera mungkin</i>	Selenggarakan layanan pencegahan dan perawatan IMS yang komprehensif, termasuk sistem surveilans IMS Berkolaborasi dalam membangun layanan HIV komprehensif sesuai keadaan Sediakan perawatan, dukungan dan pengobatan untuk orang yang hidup dengan HIV/AIDS (ODHA) Tingkatkan kesadaran tentang layanan pencegahan, perawatan dan pengobatan IMS, termasuk HIV Berikan pendidikan untuk masyarakat

3.6.1 Pemesanan peralatan dan perlengkapan kesehatan reproduksi

Setelah pelayanan awal minimum kesehatan reproduksi berjalan, bekerjalah bersama pihak-pihak yang berwenang di bidang kesehatan dan melalui sektor/cluster kesehatan untuk menganalisa situasi, membuat estimasi penggunaan obat-obatan dan bahan habis pakai, menilai kebutuhan penduduk dan memesan lagi perlengkapan sesuai kebutuhan. Hindari pemesanan RH kits yang terus menerus. Memesan supply kesehatan reproduksi berdasarkan permintaan akan lebih menjamin keberlanjutan program kesehatan reproduksi dan menghindari kekurangan beberapa perlengkapan maupun kelebihan perlengkapan lain yang tidak digunakan dalam situasi yang ada.

Pemesanan lebih lanjut untuk supply kesehatan reproduksi dapat dilakukan melalui jalur supply medis yang biasa di negara bersangkutan. Juga pertimbangkan jalur pengadaan yang digunakan oleh LSM atau melalui Cabang Layanan Pengadaan UNFPA (UNFPA Procurement Services Branch - lihat paragraf 3.5.1).

Pada waktu memesan supply untuk layanan kesehatan reproduksi komprehensif, petugas kesehatan reproduksi dan manajer program kesehatan reproduksi harus mengkoordinasikan pengelolaan komoditas kesehatan reproduksi dengan otoritas kesehatan dan sektor/cluster kesehatan agar dapat menjamin akses yang tidak terputus ke komoditas kesehatan reproduksi dan menghindari pemborosan.

- Rekrut staf yang terlatih dalam hal pengelolaan rantai supply
- Buatlah perkiraan konsumsi bulanan obat-obatan kesehatan reproduksi dan bahan-bahan habis pakai.
- Identifikasi jalur supply medis. Selidiki kualitas saluran supply lokal. Jika tidak memadai, dapatkan komoditi kesehatan reproduksi melalui pemasok global yang

terkenal atau dengan dukungan dari UNFPA, UNICEF atau WHO. Lembaga-lembaga ini dapat memfasilitasi pembelian supply kesehatan reproduksi yang bermutu baik dengan biaya rendah.

- Ajukan pesanan yang tepat waktu melalui jalur supply yang telah ditetapkan berdasarkan estimasi stok.
- Tempatkan supply sedekat mungkin dengan penduduk yang akan menerimanya.

3.6.2 Mengumpulkan data latar belakang yang ada

Untuk dapat bergerak lebih jauh di luar PPAM dan membuat rencana untuk penyelenggaraan layanan kesehatan reproduksi komprehensif, petugas kesehatan reproduksi dan manajer program, dalam suatu kerjasama erat dengan para mitra di sektor/cluster kesehatan, harus mengumpulkan informasi-informasi yang ada atau membuat estimasi data yang dapat membantu dalam merancang program kesehatan reproduksi komprehensif.

- Mengidentifikasi kebijakan dan protocol Kementerian Kesehatan yang relevan untuk perawatan terstandar, seperti manajemen IMS dengan pendekatan sindrom dan protokol keluarga berencana.
- Mengumpulkan atau membuat estimasi data demografis dan informasi kesehatan reproduksi dari populasi yang terdampak, seperti:
 - ▶ jumlah wanita usia subur (15 sampai 49 tahun) - diperkirakan 25% dari jumlah penduduk; jumlah pria yang aktif secara seksual- diperkirakan 20% dari jumlah penduduk, angka kelahiran kasar - diperkirakan mencapai 4% dari jumlah penduduk;
 - ▶ data mortalitas berdasarkan umur dan jenis kelamin, misalnya jumlah kematian pada anak perempuan remaja, angka kematian bayi baru lahir (jumlah kematian selama 28 hari pertama kehidupan per 1000 kelahiran hidup dalam suatu periode

tertentu), data latar belakang yang ada tentang kematian ibu;

- ▶ prevalensi IMS dan HIV, prevalensi kontrasepsi dan metode-metode yang disukai, dan pengetahuan tentang kesehatan reproduksi, sikap dan perilaku penduduk yang terdampak.

Untuk informasi lebih lanjut, lihat Bab 3: Assessment, Monitoring dan Evaluasi.

3.6.3 Mengidentifikasi lokasi yang cocok

Berkolaborasi dengan pihak berwenang setempat dan mitra sektor/cluster kesehatan untuk menetapkan lokasi-lokasi yang layak untuk layanan kesehatan reproduksi komprehensif, seperti klinik keluarga berencana (KB), ruang rawat jalan IMS atau layanan kesehatan reproduksi remaja. Adalah penting untuk mempertimbangkan faktor-faktor berikut ini (antara lain) ketika memilih lokasi yang sesuai:

- kemudahan komunikasi dan transportasi untuk rujukan
- jarak ke tempat layanan kesehatan lainnya
- kedekatan dengan penduduk yang terdampak dan kelompok sasaran

3.6.4 Menilai kapasitas staf dan merencanakan pelatihan

Kapasitas staf dapat diukur melalui kegiatan supervisi (misalnya daftar-periksa monitoring, observasi langsung, wawancara client yang baru keluar dari tempat layanan (client exit interview) (lihat Bab 1: Prinsip-prinsip Dasar dan Bab 3: Assessment, monitoring dan Evaluasi) atau melalui pemeriksaan formal terhadap pengetahuan dan keterampilan staf tersebut.

Ketika membuat rencana untuk pelatihan atau melatih kembali staf, bekerjalah dengan otoritas nasional, lembaga pelatihan dan

lembaga akademis dengan mempertimbangkan kurikulum yang ada. Bila memungkinkan, gunakan pelatih nasional. Rencanakan sesi pelatihan dengan hati-hati, agar tidak menyebabkan fasilitas kesehatan tanpa staf di tempat pelayanan.

4. PERTIMBANGAN HAK ASASI MANUSIA DAN HUKUM

PPAM sebagai standar bagi pekerja kemanusiaan didukung oleh kewajiban hukum internasional setiap negara untuk menghormati dan menjamin hak-hak asasi manusia, termasuk hak reproduksi, dalam situasi bencana. Selama masa konflik, Negara diwajibkan untuk memastikan pemberian bantuan kemanusiaan kepada penduduk sipil bila makanan, obat-obatan dan sumber daya lainnya tidak memadai. Negara-Negara juga memiliki kewajiban untuk tidak mengganggu pemberian bantuan untuk menyelamatkan jiwa dan untuk hal-hal yang berhubungan dengan kesehatan. Bantuan kemanusiaan dan perlindungan hak-hak perorangan harus diadakan dan dijamin oleh Negara dan pihak-pihak lain tanpa diskriminasi.

Menyadari bahwa orang-orang dari kategori tertentu memiliki kebutuhan khusus di masa konflik dan/atau ketika mengungsi, hukum internasional memberikan perlakuan khusus dan perlindungan terhadap anak-anak dan perempuan, terutama ibu hamil dan perempuan dengan anak kecil. Negara dan para pekerja yang memberi bantuan diwajibkan memberikan perhatian khusus terhadap kebutuhan kesehatan perempuan, termasuk memastikan akses ke layanan kesehatan reproduksi, termasuk pencegahan infeksi HIV, dan untuk penyedia layanan perempuan. Selain itu, hukum pengungsi internasional mensyaratkan bahwa Negara-Negara memperlakukan pengungsi yang secara sah berada di wilayah mereka sama seperti warga negara sendiri berkenaan dengan program jaminan sosial, termasuk tunjangan kehamilan dan penyakit.

Dalam keadaan darurat, Negara memiliki kewajiban kolektif dan individual untuk menjamin hak atas kesehatan dengan bekerja sama untuk menyediakan bantuan kemanusiaan, termasuk akses ke perawatan kesehatan reproduksi. Dalam respon mereka terhadap keadaan darurat, Negara-Negara diminta untuk memprioritaskan “penyediaan bantuan medis internasional ... air yang aman dan dapat diminum, makanan dan obat-obatan ... untuk kelompok-kelompok penduduk yang paling rentan atau terpinggirkan.”*

Kotak 13: Advokasi

Gunakan poin ini dalam advokasi anda dengan PBB dan para pembuat kebijakan nasional, dll, ketika PPAM dihentikan atau tidak lagi diprioritaskan dalam respon bencana.

PPAM ini:

- adalah suatu standar Sphere dan dengan demikian merupakan standar minimum respon bencana universal yang diakui secara internasional;
- adalah intervensi yang menyelamatkan nyawa dan suatu kriteria penyelamatan jiwa yang memenuhi syarat minimum CERF untuk pendanaan CERF;
- terintegrasi di dalam petunjuk cluster kesehatan global.

5 MONITORING

Petugas kesehatan reproduksi melaksanakan daftar-periksa PPAM untuk memonitor penyediaan layanan di setiap situasi bencana. Dalam beberapa kasus, hal ini dapat dilakukan dengan laporan lisan dari manajer kesehatan reproduksi dan/atau melalui kunjungan observasi. Pada fase awal respon bencana, monitoring dilakukan setiap minggu. Setelah penyelenggaraan layanan sudah mantap, monitoring bulanan sudah cukup. Diskusikan kesenjangan dan tumpang tindih cakupan layanan di dalam pertemuan dengan para stakeholders kesehatan reproduksi dan pada mekanisme koordinasi sektor/cluster kesehatan untuk menemukan dan menerapkan solusi.

* Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment No. 14, para. 40 (2000)

Contoh Daftar-periksa PPAM			
Wilayah Geografis:	Periode pelaporan: ___/___/20__ sampai ___/___/20__	Tanggal mulai respon kesehatan: ___/___/20__	Dilaporkan oleh:
1. Lembaga koordinator kesehatan reproduksi dan petugas kesehatan reproduksi			
		YA	TIDAK
1.1	Lembaga koordinator kesehatan reproduksi diidentifikasi dan petugas kesehatan reproduksi yang berfungsi dalam sektor/cluster kesehatan: Lembaga koordinator _____ Petugas kesehatan reproduksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2	Pertemuan para stakeholders kesehatan reproduksi ditetapkan dan bertemu secara teratur: <ul style="list-style-type: none"> • Nasional BULANAN • Sub-nasional/Daerah DUA BULAN SEKALI • Lokal MINGGUAN 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Demografi			
2.1	Jumlah total penduduk	_____	
2.2	Jumlah wanita usia subur (usia 15 hingga 49, diperkirakan 25% dari populasi)	_____	
2.3	Jumlah pria aktif secara seksual (diperkirakan sebesar 20% dari populasi)	_____	
2.4	Tingkat kelahiran kasar (diperkirakan mencapai 4% dari populasi)	_____	
3. Mencegah kekerasan seksual dan merespon kebutuhan korban/penyintas			
		YA	TIDAK
3.1	Ada mekanisme terkoordinasi multisektoral untuk mencegah kekerasan seksual Pelayanan kesehatan yang menghormati kerahasiaan untuk menangani korban/penyintas perkosaan <ul style="list-style-type: none"> • Kontrasepsi darurat • PEP • Antibiotik untuk mencegah dan mengobati IMS • Tetanus toksiod / tetanus imunoglobulin • Vaksin Hep B • Rujukan untuk layanan kesehatan, psikologis, dukungan sosial 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.2	Jumlah insiden kekerasan seksual yang dilaporkan ke pelayanan kesehatan	_____	
3.3	Informasi tentang perawatan pasca-perkosaan dan akses ke layanan yang disebarkan ke masyarakat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mengurangi penularan HIV			
4.1	Informasi tentang perawatan pasca-perkosaan dan akses ke layanan yang disebarkan ke masyarakat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2	Unit darah yang diskriming / seluruh unit darah yang didonorkan x 100	_____	
4.3	Bahan-bahan yang memadai dan daftar-periksa untuk memastikan bahwa tindakan pencegahan standar dilakukan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4	Kondom tersedia secara gratis <ul style="list-style-type: none"> • Fasilitas kesehatan • Tingkat masyarakat 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.5	Unit darah yang diskriming / seluruh unit darah yang didonorkan x 100	_____	
4.6	Jumlah kondom yang di stok kembali di tempat distribusi periode ini (sebutkan lokasi) _____ _____ _____	_____ _____ _____	
5. Mencegah meningkatnya kesakitan dan kematian pada ibu dan bayi baru lahir			
		YA	TIDAK
5.1	<p>Puskesmas (untuk memastikan PONED dan perawatan bayi baru lahir 24/7)</p> <ul style="list-style-type: none"> • seorang pekerja kesehatan yang memenuhi kualifikasi bertugas per 50 konsultasi pasien per hari • perlengkapan bidan, termasuk perlengkapan untuk perawatan bayi baru lahir tersedia <p>Rumah Sakit (untuk memastikan PONEK dan perawatan bayi baru lahir 24/7)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 penyedia layanan yang memenuhi kualifikasi bertugas per 20-30 tempat tidur untuk rawat inap kebidanan • 1 tim dokter / perawat / bidan / ahli anestesi bertugas • obat-obatan yang memadai dan perlengkapan untuk mendukung PONEK dan perawatan bayi baru lahir 24/7 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

5.2	Sistem rujukan untuk keadaan darurat kebidanan dan bayi baru lahir berfungsi 24 jam per hari / 7 hari per minggu (24/7)		
	<ul style="list-style-type: none"> • alat komunikasi (radio, ponsel) • transportasi dari masyarakat ke puskesmas tersedia 24/7 • transportasi dari puskesmas ke rumah sakit tersedia 24/7 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.3	Fungsi <i>cold chain</i> berjalan (untuk oksitosin, tes skrining darah)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4	Jumlah kelahiran dengan operasi caesar / jumlah kelahiran x 100	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.5	Jumlah kit persalinan bersih yang didistribusikan / perkiraan jumlah ibu hamil x 100	_____	
6. Perencanaan untuk transisi ke layanan kesehatan reproduksi komprehensif. Kegiatan periode ini.			
6.1	Lokasi untuk penyelenggaraan layanan kesehatan reproduksi komprehensif (misalnya KB, penanggulangan IMS, kesehatan reproduksi remaja)		
6.2	Kebutuhan pelatihan untuk staf (untuk penyediaan KB, penanggulangan IMS, dll), alat-alat pelatihan, fasilitator:		
6.3	Konsumsi komoditas kesehatan reproduksi (obat-obatan dan supply yang diperbaharui) dipantau?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.4	Jalur pengadaan/procurement diidentifikasi: 1 _____ 2 _____ 3. _____		
7. Catatan khusus			
		YA	TIDAK
7.1	Metode kontrasepsi dasar tersedia untuk memenuhi permintaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.2	ARV tersedia untuk pasien yang memakai ARV, termasuk PMTCT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.3	Pengobatan IMS tersedia di fasilitas kesehatan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.4	Paket hygiene kit telah didistribusikan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Komentar lebih lanjut		
Jelaskan bagaimana informasi ini diperoleh (pengamatan langsung, laporan kembali dari mitra (nama), dll) dan berikan komentar lain.		
9. Tindakan (Untuk yang memilih “Tidak”, jelaskan hambatan dan kegiatan yang diusulkan untuk mengatasinya.)		
Nomor	Hambatan	Usulan solusi

6. BACAAN LANJUTAN

Bacaan penting

PPAM

Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM)/ Minimum Initial Service Package (MISP) for Reproductive Health: A Distance Learning Module. Women’s Commission for Refugee Women and Children (Women’s Refugee Commission), 2006. <http://MISP.rhrc.org/content/view/26/45/lang.english/>

MISP Cheat Sheet. International Planned Parenthood Federation, August 2007. <http://iawg.net/resources/PPAM%20cheat%20sheet%2003%2001%2010.pdf>

Inter-Agency Reproductive Health Kits for Crisis Situations, 4th Edition. UNFPA/IAWG, 2008. <http://www.rhrc.org/resources/rhrkit.pdf>

Pencegahan dan respon pada kekerasan seksual

Clinical Management of Rape Survivors: Developing Protocols for use with Refugees and Internally Displaced Persons, revised edition. WHO/ UNHCR, 2004. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/924159263X/en/index.html>

[who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/924159263X/en/index.html](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/924159263X/en/index.html)

Clinical Management of Rape Survivors e-learning tool, WHO, UNHCR, UNFPA, 2009: <http://www.who.int/hac/techguidance/pht/womenshealth/en/index.html>

Guidelines for Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Settings, Focusing on Prevention of and Response to Sexual Violence in Emergencies. Inter-agency Standing Committee, 2006. <http://www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-subsiditfgender-gbv>

Perawatan kegawatdaruratan kebidanan dan perawatan bayi baru lahir

Field-friendly Guide to Integrate Emergency Kebidanan Care in Humanitarian Programs. Women’s Commission for Refugee Women and Children (Women’s Refugee Commission), 2005. <http://www.rhrc.org/resources/emoc/EmOCffg.pdf>

Pencegahan Penularan HIV

Guidelines for addressing HIV in Humanitarian Settings, Interagency Standing Committee.

2009. <http://www.aidsandemergencies.org/cms/documents/IASCHIVGuidelines2009En.pdf>

Bacaan tambahan

Training on the Minimum Initial Service Package (MISP) for Sexual and Reproductive Health in Crises: A Course for SRH Coordinators, Facilitator's Manual. IPPF ESAOR, UNFPA, UNSW, 2008. <http://www.ippfeseaor.org/NR/rdonlyres/76E30209-A4F4-4A00-BD90-D1B810056168/0/SPRINTFacilitatorsManualpart1.pdf>

Sexual and Gender-Based Violence Against Refugee, Returnee and Internally Displaced Persons, Guidelines for Prevention and Response. United Nations High Commissioner for Refugees, 2003. <http://www.unhcr.org/3f696bcc4.html>

Lebih lanjut mengenai pelayanan kebidanan darurat: http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/managingcomplications/en/index.html

Lebih lanjut mengenai keamanan transfusi darah: www.who.int/bloodsafety/en/

Lebih lanjut mengenai tindakan pengamanan standar: www.engenderhealth.org/ip/index.html

Post-Exposure Prophylaxis to Prevent HIV Infection, Joint WHO/ILO guidelines on post-exposure prophylaxis (PEP) to prevent HIV infection. WHO/ ILO, 2007. www.who.int/hiv/pub/guidelines/PEP/en/



3

BAB TIGA

Assessment Monitoring dan Evaluasi

Daftar Isi

1 PENDAHULUAN	59
2 TUJUAN	60
3 ASSESSMENT, MONITORING DAN EVALUASI	63
3.1 Assessment	63
3.2 Monitoring	66
3.3 Evaluasi	70
4.0 Pertimbangan hak asasi manusia dan hukum	71
4.1 Standar hak asasi manusia	71
4.2 Pertimbangan hukum nasional	72
4.3. Tantangan dan peluang	72
5 BACAAN LANJUTAN	73
Lampiran 1A: Indikator PPAM	75
Lampiran 1B: Indikator untuk pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif	76
Lampiran 2: Tingkat Referensi dan Rasio Kesehatan Reproduksi	83
Lampiran 3: Estimasi Jumlah Perempuan Hamil dalam Populasi	84
Lampiran 4: Formulir Kajian Kematian Ibu dan Lembar Petunjuk	85
Lampiran 5: Contoh Lembar Kerja Bulanan (SIK)*	92

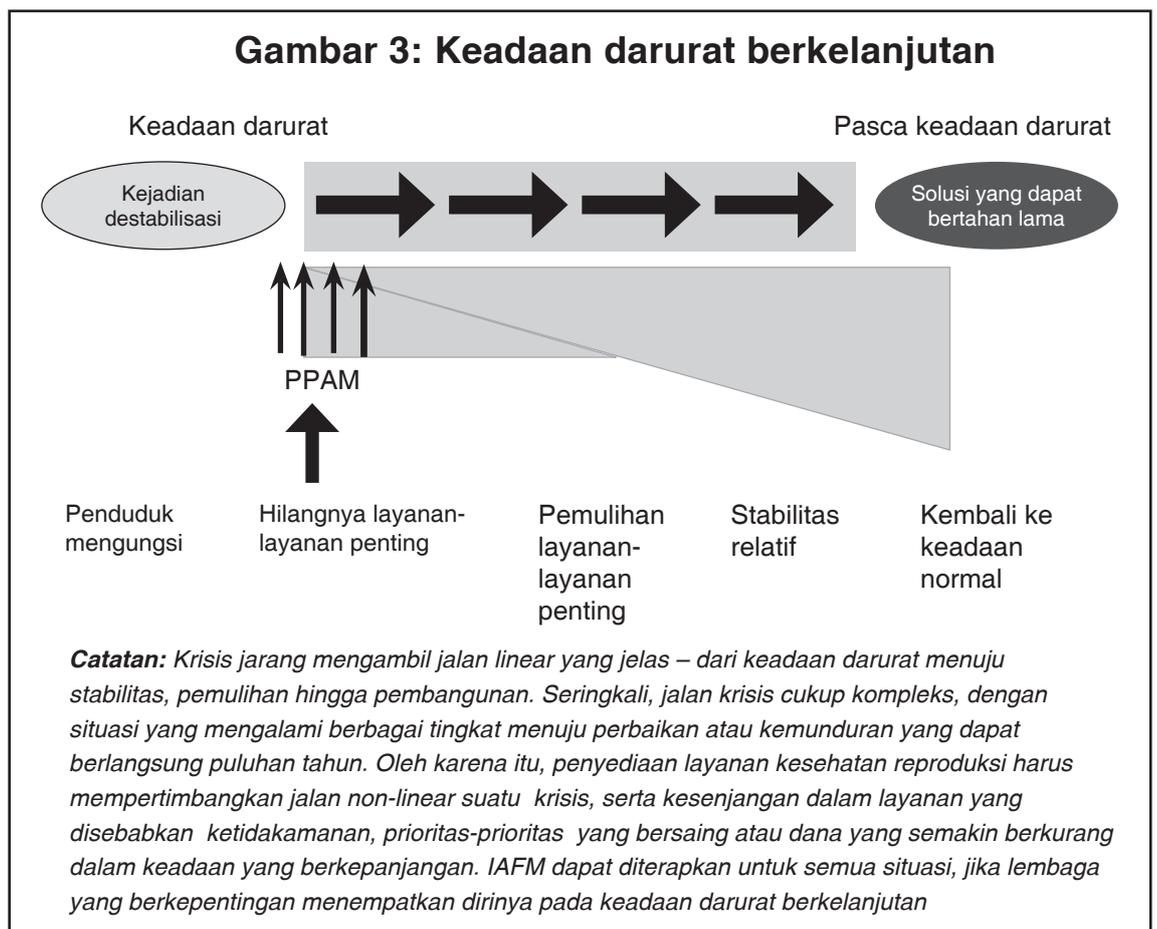
1 Pendahuluan

Assessment, monitoring dan evaluasi digunakan pada tahap-tahap yang berbeda selama respon bencana dan berkaitan erat dengan pembuatan keputusan kesehatan masyarakat serta pelaksanaan kegiatan-kegiatan program kesehatan reproduksi. Hasil assessment, monitoring dan evaluasi memberi informasi untuk perencanaan program kesehatan reproduksi komprehensif karena hasil tersebut membantu untuk:

- memahami kebutuhan penduduk yang bersangkutan
- memastikan penggunaan sumber-sumber daya secara efektif dan efisien
- menentukan keberhasilan atau kegagalan suatu program
- memberikan akuntabilitas dan transparansi bagi donor dan para penerima bantuan.

Petugas dan manajer program kesehatan reproduksi seringkali menemukan bahwa keputusan-keputusan menyangkut transisi dari pelaksanaan kegiatan-kegiatan PPAM (lihat Bab 2) ke penyelenggaraan komponen-komponen layanan kesehatan reproduksi komprehensif, cukup menantang. Diseminasi hasil assessment, monitoring dan evaluasi yang akurat dan tepat waktu akan memungkinkan mereka membuat keputusan-keputusan berdasarkan bukti tentang langkah-langkah yang harus diambil dalam transisi ke pelaksanaan program kesehatan reproduksi komprehensif dan penyelenggaraan layanan. Penggunaan hasil secara tepat juga akan memastikan bahwa kegiatan-kegiatan dilaksanakan dengan cara yang berkelanjutan, yang sesuai dengan konteks dan disesuaikan dengan kebutuhan penduduk.

Assessment, Monitoring dan Evaluasi



2 Tujuan

Tujuan bab ini adalah untuk:

- menguraikan bagaimana cara menilai, memonitor dan mengevaluasi program-program kesehatan reproduksi;
- mengidentifikasi metode-metode, alat bantu dan indikator-indikator assessment, monitoring dan evaluasi yang tepat;
- memberikan petunjuk mengenai perencanaan transisi dari Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) ke program-program kesehatan reproduksi komprehensif.

3 Assessment, Monitoring dan Evaluasi

Tujuan ke-lima dari PPAM mensyaratkan bahwa perencanaan untuk program kesehatan

reproduksi komprehensif dimulai dari fase awal respon bencana. Begitu target layanan PPAM telah dicapai dan dapat berlanjut (lihat Bab 2: PPAM), maka komponen-komponen layanan kesehatan reproduksi komprehensif dapat dilaksanakan.

Para petugas dan manajer program kesehatan reproduksi harus bekerja dalam mekanisme sektor/cluster kesehatan untuk memastikan

bahwa proses perencanaan ini selaras dengan perencanaan kesehatan serta kegiatan mobilisasi sumber daya kesehatan lainnya dan bahwa layanan-layanan kesehatan reproduksi komprehensif diintegrasikan ke dalam pengembangan program pelayanan kesehatan dasar.

Saat merencanakan program kesehatan reproduksi komprehensif, adalah penting untuk

Kotak 14: Pendekatan Sistem Kesehatan*

Enam unit pembangun sistem kesehatan adalah sebagai berikut:

- Layanan kesehatan reproduksi yang baik adalah layanan yang memberikan intervensi kesehatan reproduksi secara efektif, aman dan bermutu bagi mereka yang membutuhkan, kapan dan dimanapun dibutuhkan, dengan pemborosan sumber daya yang minimum.
- Satuan kerja kesehatan reproduksi yang bekerja dengan baik adalah yang bekerja dengan cara yang responsif, adil dan efisien untuk mencapai hasil kesehatan terbaik dengan sumber daya dan kondisi yang ada (mis. jumlah staf kesehatan reproduksi yang memadai, terdistribusi secara merata; dan mereka cukup kompeten, responsif dan produktif).
- Sistem informasi kesehatan yang berfungsi dengan baik adalah sistem informasi kesehatan yang memastikan pembuatan, analisis, desiminasi dan penggunaan informasi yang dapat dipercaya dan tepat waktunya mengenai faktor-faktor penentu kesehatan reproduksi, kinerja sistem kesehatan dan status kesehatan reproduksi.
- Sistem kesehatan yang berfungsi dengan baik memastikan akses yang adil/setara ke obat-obatan, vaksin dan teknologi kesehatan reproduksi dengan jaminan mutu, efisiensi, ketersediaan dan hemat biaya, dan terbukti secara ilmiah bahwa penggunaannya efektif secara biaya
- Sistem pembiayaan kesehatan yang baik dapat mendapatkan dana yang cukup untuk kesehatan reproduksi, dengan cara-cara yang memastikan bahwa masyarakat dapat menggunakan layanan-layanan yang diperlukan, dan terlindungi dari masalah keuangan atau jatuh miskin terkait dengan keharusan untuk membayar layanan itu. Sistem pendanaan kesehatan yang baik memberi insentif bagi para penyedia dan pengguna layanan untuk bertindak efisien.
- Kepemimpinan dan tata pengelolaan mencakup upaya memastikan adanya kerangka kebijakan kesehatan reproduksi strategis yang dikombinasi dengan pengawasan yang efektif, pembentukan koalisi, pengaturan, dan perhatian terhadap rancangan sistem dan akuntabilitas.

Unit pembangun menjadi model perencanaan yang berguna bagi transisi antara PPAM dan program-program kesehatan reproduksi komprehensif. Tetapi, para petugas kesehatan reproduksi dan manajer program kesehatan reproduksi harus mengenali saling ketergantungan masing-masing unit dari pendekatan sistem kesehatan sehingga harus memastikan bahwa layanan-layanan kesehatan reproduksi komprehensif dilaksanakan secara terpadu.

**Dari: "Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. WHO Geneva, 2007.*

Kotak 15: Siklus Proyek

Siklus proyek menggambarkan bagaimana *assessment*, *monitoring* dan *evaluasi* terhubung disepanjang penyelenggaraan layanan yang berkelanjutan dan pengelolaan program. Siklus proyek membantu petugas dan manajer program kesehatan reproduksi memahami bagaimana masing-masing dapat digunakan untuk menginformasikan perihal pembuatan keputusan sepanjang siklus rancangan program, perencanaan dan pelaksanaannya (contohnya, lihat diagram di bawah).



Kemampuan untuk melaksanakan proyek-proyek kesehatan reproduksi secara sukses dan tepat waktu dalam lingkungan respon bencana yang menantang, adalah sangat penting sekali untuk memastikan bahwa kebutuhan-kebutuhan kesehatan reproduksi dari penduduk yang terdampak dapat dipenuhi. Program kesehatan reproduksi yang paling berhasil adalah program yang dirancang berdasarkan **assessment** kebutuhan secara tepat di dalam populasi sasaran. Kegiatan-kegiatan program setelah itu harus **dimonitor** menggunakan indikator-indikator yang telah dipilih secara cermat untuk melacak perkembangan untuk mencapai tujuan-tujuan yang telah dinyatakan secara jelas (Lihat bagian 3.2 Monitoring untuk informasi lebih lanjut mengenai pemilihan dan penggunaan indikator). Disepanjang pelaksanaan program, kegiatan-kegiatan harus dievaluasi secara memadai untuk mencerminkan tentang apa yang bekerja dengan baik dan apa yang tidak, dan untuk memberikan umpan balik ke dalam siklus kajian dan peningkatan program yang bersinambungan.

Ada sejumlah alat bantu yang tersedia untuk membantu memandu siklus perencanaan, *assessment*, *monitoring* dan *evaluasi* program. Satu yang paling diakui secara luas adalah **Pendekatan Kerangka Logis**, atau (LFA) atau "*logframe*".

(Untuk informasi lebih lanjut lihat Bacaan Lebih Lanjut).

memahami kebutuhan-kebutuhan penduduk yang terdampak dan untuk mempertimbangkan sumber-sumber daya yang ada serta prioritas-prioritas yang telah ditetapkan dalam sistem kesehatan yang ada. Pendekatan sistem kesehatan menetapkan sejumlah “unit pembangun (building block)” yang membangun sistem kesehatan dan menawarkan kerangka penyusunan program yang berguna di mana komponen-komponen kesehatan reproduksi dapat direncanakan, dinilai, dipantau dan dievaluasi (lihat Kotak 14).

Istilah-istilah penting yang digunakan dalam bab ini adalah:

Assessment adalah proses untuk menentukan dan mengatasi kebutuhan atau “kesenjangan” antara kondisi saat ini dan kondisi yang diinginkan.

Monitoring adalah proses pengumpulan dan analisa data yang sistematis dan berkelanjutan selama proyek berjalan. Monitoring ditujukan pada pengukuran kemajuan proyek ke arah pencapaian tujuan-tujuan program.

Evaluasi adalah proses untuk menentukan apakah program telah memenuhi tujuan-tujuan yang diharapkan dan/atau sejauh mana perubahan dalam hasil dapat dihubungkan dengan program.

Ketiga proses ini terhubung sepanjang penyelenggaraan layanan yang berkelanjutan yang disebut dengan siklus proyek. Siklus proyek merupakan alat bantu bagi petugas kesehatan reproduksi dan manajer kesehatan reproduksi memahami bagaimana tugas-tugas dan fungsi manajemen harus dilakukan selama masa pelaksanaan program kesehatan reproduksi (lihat Kotak 15).

3.1 Assessment

Tujuan assessment adalah untuk secara cepat mengumpulkan informasi serta mengidentifikasi kebutuhan-kebutuhan kesehatan reproduksi penduduk dan kapasitas

sistem kesehatan yang ada untuk merespon kebutuhan-kebutuhan tersebut.

3.1.1 Kapan melakukan assessment?

Pada fase awal respon bencana, assessment awal yang cepat dilakukan oleh para mitra kemanusiaan. Dalam sistem koordinasi sektor/cluster kesehatan, para petugas kesehatan reproduksi harus memastikan bahwa mereka memperoleh informasi mengenai:

- jumlah dan lokasi penduduk yang memerlukan akses ke layanan kesehatan reproduksi minimum;
- jumlah dan lokasi staf pelayanan kesehatan yang memberikan, atau mampu memberikan komponen-komponen layanan PPAM;
- kesempatan-kesempatan supply logistik medis kesehatan reproduksi;
- kemungkinan-kemungkinan pendanaan PPAM.

Strategi dan rencana disesuaikan dengan itu, berdasarkan informasi yang diperoleh. Penyebab dari kesakitan dan kematian yang paling penting terkait dengan kesehatan reproduksi telah diagendakan oleh PPAM dan tidak perlu dinilai pada fase awal respon bencana (lihat Bab 2). Ketika tujuan 2, 3 dan 4 PPAM tercapai, assessment yang lebih mendalam dilaksanakan sebagai bagian dari tujuan 5, perencanaan untuk pelaksanaan layanan kesehatan reproduksi komprehensif. Disepanjang waktu program, assessment berkala dapat digunakan untuk mengevaluasi perkembangannya menuju pencapaian tujuan.

3.1.2 Alat bantu apakah yang ada untuk melakukan assessment?

Empat metode penting untuk mengumpulkan data dalam assessment mencakup:

- a. Pengkajian informasi yang ada
- b. Wawancara informan kunci dan diskusi kelompok fokus

- c. Assessment fasilitas kesehatan
- d. Survei cepat

a. Pengkajian informasi yang ada

Sebagai bagian dari assessment untuk merencanakan pengenalan komponen-komponen layanan kesehatan reproduksi komprehensif, suatu kajian yang menyeluruh atas sumber-sumber data sekunder harus dilakukan untuk mengumpulkan informasi kesehatan reproduksi tentang populasi yang terdampak. Data tersebut akan tersedia dari Kementerian Kesehatan, lembaga-lembaga PBB dan LSM-LSM. Contoh data tersebut termasuk:

- Survei Demografi dan Kesehatan atau *Demographic and Health Survey (DHS)* ataupun data survei lain yang tersedia;
- Ketersediaan layanan-layanan kesehatan reproduksi, distribusi geografis serta fungsi mereka;
- Data pengawasan/surveilans rutin atau data fasilitas kesehatan seperti apa yang dilaporkan kepada sistem informasi kesehatan tingkat kabupaten atau nasional;
- Rencana strategis nasional dan/atau assessment oleh *UN Development Assistance Framework/Kerangka Kerja Pembangunan UN (UNDAF)*.

b. Wawancara informan kunci

Tujuan wawancara informan kunci adalah untuk mengumpulkan informasi dari banyak kalangan masyarakat –termasuk para pimpinan masyarakat, profesional atau penduduk– yang memiliki pengetahuan langsung mengenai populasi yang terdampak. Informasi yang dikumpulkan selama assessment harus mencakup pandangan informan kunci mengenai kondisi dan praktek sebelumnya, situasi saat ini, perubahan dalam praktek

sejak permulaan keadaan darurat, kecukupan layanan-layanan kesehatan reproduksi saat ini dan kebutuhan-kebutuhan prioritas kesehatan reproduksi penduduk. Wawancara informan kunci bisa dalam bentuk terstruktur (terdiri dari seperangkat pertanyaan yang ditanyakan dalam suatu urutan khusus) atau tidak terstruktur (terdiri sebagian besar dari pertanyaan terbuka yang dapat diubah atau disesuaikan selama pelaksanaan wawancara).

c. Diskusi kelompok berfokus

Tujuan diskusi kelompok berfokus adalah untuk memperoleh informasi mengenai kepercayaan dan sikap kelompok terhadap suatu persoalan atau masalah kesehatan tertentu. Diskusi kelompok berfokus berbeda dari wawancara informan kunci karena memungkinkan interaksi di antara semua anggota kelompok. Jika diskusi dilakukan pada suatu sub-kelompok dalam populasi –seperti wanita usia subur atau remaja laki-laki– maka hasilnya dapat memberikan informasi yang berguna yang mewakili kelompok khusus tersebut.

d. Assessment fasilitas kesehatan

Assessment fasilitas kesehatan merupakan inventarisasi tempat-tempat dimana layanan kesehatan dapat diberikan beserta layanan-layanan yang ada di tempat tersebut. Daftar-periksa yang terstruktur mengenai topik-topik dapat membantu memberikan gambaran tentang fasilitas kesehatan itu, termasuk inventaris layanan-layanan kesehatan reproduksi yang diberikan; data staf dan cakupan; serta inventaris peralatan dan supply kesehatan reproduksi. Assessment ini dapat juga mencakup kajian statistik rutin mengenai layanan-layanan kesehatan reproduksi untuk menentukan apakah protokol standar telah diikuti untuk menjamin kualitas layanan.

e. Survei cepat

Survei cepat dapat berguna untuk mengumpulkan informasi berbasis penduduk secara cepat selama assessment. Survei tersebut harus singkat dan memuat pertanyaan-pertanyaan hanya mengenai informasi yang diperlukan untuk mengidentifikasi kebutuhan-kebutuhan kesehatan reproduksi dasar (lihat Kotak 16). Survei berbeda dari diskusi kelompok berfokus, karena survei tidak mengizinkan peserta untuk memberikan rincian opini mengenai topik.

Untuk contoh alat bantu yang diuraikan di atas, silahkan lihat Bacaan Lebih Lanjut.

untuk bertanya kepada perempuan yang sudah menikah mengenai riwayat reproduksinya. Jika sesuai, sebaiknya mengikutsertakan anggota penduduk yang terdampak di dalam tim assessment.

Anggota tim yang ideal:

- memiliki keahlian teknis, mengikuti pelatihan dan mempunyai pengalaman;
- memiliki keterampilan komunikasi yang baik dalam bahasa setempat dan terbiasa dengan penduduk yang dinilai;
- nyaman membicarakan topik kesehatan

Kotak 16: Penggunaan Survei Kesehatan reproduksi

Survei dapat memberikan data berbasis penduduk yang berguna, dimana para petugas dan penyedia layanan kesehatan reproduksi dapat menggunakan data survei untuk meningkatkan dan secara lebih efektif menargetkan layanan-layanan kesehatan reproduksi. Terdapat banyak faktor yang harus dipertimbangkan saat merancang suatu survei. Keputusan harus dibuat terkait dengan besarnya sampel, tingkat kesalahan yang dapat diterima serta sumber-sumber bias/penyimpangan, berdasarkan ketersediaan sumber-sumber daya (waktu, uang, personel). Survei yang dilakukan selama assessment kebutuhan awal misalnya, seringkali perlu dilakukan dengan cepat dengan menggunakan metode pengambilan sampel yang kecil dan mudah. Bila situasi menjadi stabil, maka kuesioner yang lebih rinci dan metode pengambilan sampel yang lebih mewakili dapat digunakan.

Keputusan mengenai metodologi survei mana yang akan digunakan dikoordinasikan dengan sektor/cluster kesehatan untuk memastikan bahwa metodologi tersebut tepat dan akan memberikan hasil yang dapat diperbandingkan dengan survei-survei lain yang dilaksanakan sebagai bagian dari respon kesehatan.

3.1.3 Siapa yang bertanggungjawab untuk melakukan assessment?

Tim assessment dapat terdiri dari satu atau tiga orang dengan keahlian klinis, riset, manajemen dan kesehatan masyarakat. Jumlah tim yang diperlukan akan bergantung pada besarnya area yang dicakup, akses yang ada serta situasi keamanan dan metode assessment yang akan digunakan. Ketika memilih tim, harus memperhatikan gender, usia, suku dan status sosial para anggotanya harus dipertimbangkan. Contohnya, di beberapa negara bisa jadi tidak pantas bagi laki-laki

reproduksi, dan terbuka untuk mempelajari tentang kesehatan reproduksi;

- memiliki ketrampilan analisis yang baik;
- mampu untuk membuat keputusan yang baik berdasarkan data yang sedikit.

3.1.4 Data apa yang diperlukan dalam assessment?

Bab 4 hingga 10 memberikan rekomendasi mengenai data apa yang harus dikumpulkan dalam assessment setiap komponen program kesehatan reproduksi (lihat tabel di

bawah). Unit pembangun sistem kesehatan memberikan struktur yang berguna untuk mengklasifikasikan pertanyaan-pertanyaan assessment kesehatan reproduksi (lihat Kotak 14: Pendekatan Sistem Kesehatan, hal. 61).

Untuk informasi lebih rinci mengenai data assessment, lihat:

Bab 4: Kesehatan Reproduksi Remaja	hal. 97
Bab 5: Keluarga Berencana	hal. 111
Bab 6: Kesehatan Maternal dan Neonatal	hal. 139
Bab 7: Perawatan Abortus Yang komprehensif	hal. 163
Bab 8: Kekerasan berbasis Gender	hal. 177
Bab 9: Infeksi Menular Seksual	hal. 191
Bab 10: HIV	hal. 209

3.1.5 Bagaimana menganalisa, menggunakan dan mendesiminasikan hasil assessment?

Hasil assessment harus sespesifik mungkin agar dapat membuat keputusan yang tepat waktu mengenai intervensi yang harus dilakukan. Hasil-hasil ini secara jelas memprioritaskan kebutuhan-kebutuhan dan mengidentifikasi kesempatan-kesempatan dalam masing-masing unit pembangun sistem kesehatan (lihat Kotak 14, hal. 61). Hasilnya harus menawarkan masukan-masukan mengenai bagaimana memastikan intervensi PPAM dapat berkelanjutan dan membantu dalam merencanakan penambahan komponen-komponen layanan kesehatan reproduksi komprehensif.

Salinan laporan akhir diinformasikan dengan semua organisasi yang terlibat dalam respon bencana, termasuk Kementerian Kesehatan melalui mekanisme koordinasi sektor / cluster kesehatan. Komunikasikan juga hasil temuan-temuan dan keputusan kepada masyarakat.

3.2 Monitoring

Monitoring adalah pengumpulan, pelaporan maupun analisa data secara teratur dan bersinambungan selama durasi pelaksanaan program dan merupakan bagian sangat penting dari setiap program kesehatan reproduksi.

Monitoring mencakup diseminasi hasil-hasil secara tepat waktu sehingga tindakan dapat diambil.

3.2.1 Kapan melakukan monitoring?

Sistem informasi yang sederhana dan rutin yang mengumpulkan data kesehatan reproduksi minimum diperlukan sejak permulaan respon bencana hingga pelaksanaan PPAM (lihat Bab 2). Ketika respon berkembang dan lebih banyak komponen layanan kesehatan reproduksi diperkenalkan, kebutuhan monitoring program-program kesehatan reproduksi harus disesuaikan untuk mencerminkan perubahan kebutuhan-kebutuhan atas komponen-komponen yang direncanakan, diatur dan dilaksanakan,

Data kesehatan dapat dikumpulkan sebagai bagian dari sistem informasi kesehatan nasional (SIK) yang ada. Bila sistem ini tidak ada atau tidak berjalan karena krisis, maka

sektor / cluster kesehatan akan melaksanakan suatu sistem monitoring darurat untuk membantu pengelolaan dan koordinasi program. Monitoring berkala di dalam sistem tersebut (mis. harian, mingguan atau bulanan) bergantung pada perkembangan respon bencana dan kebutuhan masing-masing organisasi. Setidaknya, data bulanan harus tersedia untuk menginformasikan keputusan-keputusan penyusunan program secara reguler.

3.2.2 Alat bantu apakah yang digunakan untuk monitoring?

Sangat penting untuk memiliki alat bantu dan metode pengumpulan yang digunakan oleh semua mitra kesehatan untuk memastikan bahwa data yang dihasilkan telah terstandarisasi dan memiliki kualitas yang baik. Saat digunakan dalam cara yang sistematis dan terkoordinasi oleh semua mitra, sumber-sumber daya ini membantu memastikan bahwa data dikumpulkan hingga tingkat kerincian yang sama dan dapat diperbandingkan di seluruh lokasi.

Data kesehatan reproduksi rutin harus dikumpulkan dari kombinasi sumber-sumber fasilitas kesehatan dan masyarakat sebagai bagian dari Sistem Informasi Kesehatan (SIK) yang lebih luas. Sumber-sumber data rutin mencakup:

- Rekam medis pasien perorangan dan kartu-kartu (seperti partograf, kartu antenatal, kartu keluarga berencana);
- Register harian dan lembar perhitungan jumlah (seperti register kelahiran, lembar perhitungan jumlah antenatal);
- Formulir laboratorium (seperti tes HIV atau hasil skrining sifilis);
- Formulir kajian kematian ibu (lihat Kotak 18);
- Laporan tenaga kesehatan berbasis

masyarakat/bidan

- Formulir pelaporan mingguan dan/atau bulanan.

Daftar alat bantu di atas bukan daftar lengkap. Sumber-sumber data dan metode lain untuk pelaporan rutin (misalnya pengawasan sentinel*) mungkin perlu juga dipertahankan di samping SIK, menurut kebutuhan masing-masing program dan/atau lembaga. Di beberapa kondisi, survei berbasis populasi dapat juga digunakan sebagai alat bantu yang efektif untuk memandu penyelenggaraan program. Bila diulangi dari waktu ke waktu, alat ini dapat merupakan sumber data monitoring kesehatan reproduksi yang berguna.

3.2.3 Data apa yang diperlukan untuk monitoring?

Data yang diperlukan untuk memonitor suatu program kesehatan reproduksi ditentukan oleh pemilihan indikator-indikator yang akan digunakan untuk memonitor perkembangan program ke arah pencapaian seperangkat tujuan. Lihat Kotak 17 untuk definisi dan masalah yang harus dipertimbangkan ketika memilih dan menggunakan indikator-indikator kesehatan reproduksi.

Bab 4 hingga 10 merekomendasikan indikator-indikator kunci yang digunakan untuk memonitor setiap komponen program kesehatan reproduksi komprehensif (lihat tabel pada halaman 66). Ringkasan dari setiap indikator termasuk rumusan, unit pernyataan dan standar yang terkait diberikan dalam Lampiran 1B, halaman 76.

Alat bantu khusus untuk memonitor program kesehatan reproduksi adalah kajian kematian ibu (Lihat Kotak 18) atau kajian “nyaris mati” (*near miss*). Kajian kematian ibu dan kajian nyaris mati sangat penting dalam program-program kesehatan maternal dan neonatal untuk mempromosikan dan memonitor perubahan dalam penyelenggaraan layanan

* ‘Pengawasan sentinel’ merupakan metode pemantauan yang menggunakan indikator pengganti untuk permasalahan kesehatan masyarakat, memungkinkan melakukan perkiraan besarnya permasalahan di dalam populasi umum. Contohnya, prevalensi HIV pada perempuan yang mendatangi layanan perawatan antenatal digunakan sebagai indikator yang mewakili prevalensi HIV di seluruh populasi.

Kotak 17: Memilih dan Menggunakan Indikator Kesehatan reproduksi

Indikator didefinisikan sebagai variabel yang dapat dimonitor dari waktu ke waktu untuk melacak perkembangan ke arah pencapaian tujuan. *Contohnya: "cakupan perawatan antenatal"*.

Tujuan adalah titik akhir yang ingin dicapai di akhir pelaksanaan program. *Contohnya: Faktor risiko kebidanan dideteksi dan ditangani di awal kehamilan.*

Setiap indikator harus diberikan **standar** yang sesuai untuk menetapkan tingkat pencapaian minimum yang dapat diterima. *Contohnya: 90% perempuan melakukan empat atau lebih kunjungan ANC selama kehamilan.*

Jika program-program kesehatan reproduksi yang dilaksanakan oleh pelaku-pelaku yang berbeda tidak menggunakan indikator yang sama, maka mereka tidak terstandarisasi, demikian pula informasi kesehatan yang dihasilkan. Konsekuensinya, data yang dihasilkan oleh program-program kesehatan yang tidak terstandarisasi bisa jadi tidak lengkap, tidak dapat digabungkan dan tidak cocok untuk monitoring situasi.

Proses pemilihan indikator tidaklah mudah. Setiap indikator harus secara teknis sah, sederhana dan dapat diukur. Selain itu, pengembangan dari PPAM ke layanan kesehatan reproduksi komprehensif di dalam suatu negara akan membuka bidang-bidang baru untuk monitoring dan pelaksanaan yang harus selalu pertimbangkan. Oleh karena itu, direkomendasikan bahwa setiap indikator harus memenuhi kriteria **SMART** yaitu harus:

S *pecific* (khusus) [apa dan siapa]

M *asurable* (dapat diukur)

A *ppropriate* (sesuai)

R *ealistic* [dapat dicapai]

T *ime bound* (terikat waktu)

Berbagai macam indikator yang dipilih untuk monitoring harus juga sesuai untuk mengukur tujuan program pada seluruh tahapan siklus proyek. Misalnya:

Indikator keluaran/output (atau proses) mengukur aksi atau tindakan yang diperlukan untuk pelaksanaan program yang terkait dengan berbagai kegiatan yang diperlukan untuk mencapai hasil yang ditetapkan. Contohnya: jumlah bidan yang dilatih tentang protokol ANC.

Indikator hasil/outcome (atau kinerja) mengukur perubahan yang dihasilkan dari kegiatan-kegiatan program, seperti perubahan dalam pengetahuan, sikap dan perilaku, atau dalam ketersediaan layanan. Contohnya: jumlah perempuan yang menerima setidaknya dua dosis Tetanus Toksoid (TT) sebelum persalinan.

Indikator tujuan/impact (atau dampak) mengukur perubahan dalam kesakitan dan kematian yang diharapkan dihasilkan dari kegiatan-kegiatan program. Contohnya: Insiden tetanus pada bayi baru lahir

Tabel 8: Kebutuhan Data untuk Monitoring

Bab 4: Kesehatan Reproduksi Remaja	hal. 110
Bab 5: Keluarga Berencana	hal. 137
Bab 6: Kesehatan maternal dan neonatal	hal. 155
Bab 7: Perawatan Abortus Komprehensif	hal. 173
Bab 8: Kekerasan Berbasis Gender	hal. 189
Bab 9: Infeksi Menular Seksual	hal. 207
Bab 10: HIV	hal. 225

Kotak 18: Kajian Kematian Ibu

Kajian kematian ibu memberikan kesempatan yang langka bagi staf kesehatan dan anggota masyarakat untuk belajar dari kejadian tragis – yang seringkali dapat dicegah. Kajian kematian ibu dapat membantu mengidentifikasi kesenjangan dalam layanan, kesenjangan dalam pengetahuan (baik dari sisi penyedia layanan kesehatan maupun sisi masyarakat) dan perlunya meningkatkan prosedur rujukan untuk komplikasi kebidanan. Penting untuk melibatkan berbagai orang (anggota keluarga, dukun bayi, bidan terlatih, dokter, koordinator, para pimpinan masyarakat, dsb) dalam proses pengkajian kematian ibu, dengan mengabaikan apakah kematian terjadi di lingkungan masyarakat atau di fasilitas kesehatan.

Hal-hal yang perlu diselidiki mencakup:

- Waktu permulaan timbulnya penyakit yang mengancam jiwa
- Waktu dikenalnya permasalahan dan waktu kematian
- Ketepatan waktu tindakan
- Akses ke layanan/perawatan, atau logistik dari rujukan
- Kualitas perawatan medis sampai dengan kematian

Otopsi verbal –yang telah digunakan dalam situasi pengungsi eksternal tertentu– telah terbukti relatif berhasil saat rekam medis tidak tersedia.

Lampiran 4 memberikan contoh formulir penyelidikan kematian ibu dan petunjuk penggunaannya.

dan untuk mengadvokasi langkah-langkah dalam rangka mencegah komplikasi dan kematian. (lihat Bab 6: Kesehatan Maternal dan Neonatal).

3.2.4 Siapa yang bertanggungjawab untuk monitoring?

Perawat, bidan dan penyedia layanan kesehatan reproduksi lainnya yang bekerja di fasilitas kesehatan bertanggungjawab untuk pengumpulan dan pelaporan rutin data layanan. Selain itu, staf kesehatan

berbasis masyarakat harus juga terlibat dalam pengumpulan data di tingkat masyarakat. Untuk memastikan bahwa data dapat diperbandingkan pada program-program yang berbeda, semua staf tersebut harus menerima pelatihan yang memadai mengenai penggunaan dan aplikasi alat bantu pengumpulan data secara tepat di lapangan.

Supervisor klinik ditunjuk untuk bertanggungjawab atas rekapitulasi laporan mingguan atau bulanan. Laporan ini pada gilirannya dikirimkan kepada manajer

kesehatan reproduksi atau manajer program kesehatan untuk dimasukkan ke komputer untuk dianalisa.

3.2.5 Bagaimana menganalisa, menggunakan dan mendesiminasikan hasil monitoring

Analisa data layanan kesehatan dan data berbasis populasi yang dikumpulkan secara rutin penting untuk monitoring kinerja dan kualitas penyelenggaraan layanan kesehatan dan dalam mengidentifikasi perubahan-perubahan pada status kesehatan populasi yang berdampak.

Di tingkat fasilitas, statistik dapat dianalisa secara manual dengan memasang hasil-hasil pada bagan yang menunjukkan penggunaan statistik di area penerimaan pasien klinik.

Di tingkat organisasi dan sektor/cluster kesehatan, cara pengelolaan data yang lebih efisien diperlukan untuk memastikan bahwa hasil-hasil dianalisa, didesiminasikan dan digunakan dengan cara yang tepat waktu dan efektif. Lembar kerja computer sederhana atau software database berguna untuk membantu mengelola volume data yang besar dari waktu ke waktu dan pada lokasi yang berbeda-beda.

Penggunaan data dan umpan balik hasil merupakan hal utama untuk memastikan bahwa informasi diterjemahkan ke dalam praktik kesehatan masyarakat dan peningkatan yang dapat diukur dalam status kesehatan reproduksi penduduk. Seringkali para manajer di tingkat yang lebih rendah diwajibkan melaporkan jumlah data yang sangat banyak kepada tingkat yang lebih tinggi, tetapi mereka amat jarang menerima umpan balik apapun. Pada saat yang sama, informasi berlimpah di tingkat yang lebih tinggi adalah sedemikian rupa sehingga pada praktiknya data tersebut jarang digunakan secara efektif. Para manajer program kesehatan reproduksi harus memberikan

umpan balik secara rutin kepada para stafnya dan juga mendiskusikan temuan-temuan utama serta rekomendasi untuk program kesehatan reproduksi, berdasarkan hasil terakhir pada rapat koordinasi sektor/cluster kesehatan. Bila dianggap tepat, jadikan kesehatan reproduksi tersedia bagi penduduk yang dilayani oleh fasilitas kesehatan.

3.3 Evaluasi

Tujuan evaluasi adalah untuk menganalisa efisiensi dan efektivitas program. Evaluasi membandingkan kegiatan program dan layanan (keluaran/output) dengan manfaat (hasil/outcome) dan dampak kesehatan masyarakat serta membantu para petugas kesehatan reproduksi untuk menentukan hal-hal tsb memenuhi tujuan yang telah ditetapkan.

3.3.1 Kapankah waktu untuk mengevaluasi?

Adalah penting untuk menjadwalkan dan merencanakan evaluasi sejak permulaan pelaksanaan program. Evaluasi berlangsung disepanjang waktu proyek, bukan hanya di akhir proyek, dan dijadwalkan menurut tahapan pelaksanaan proyek dan kebutuhan organisasi.

3.3.2 Apa alat bantu untuk evaluasi?

Evaluasi menggunakan metode-metode assessment sistematis dan mengukur baik aspek kualitatif maupun kuantitatif dari penyelenggaraan layanan. Evaluasi dapat juga menggunakan metode yang serupa dengan yang digunakan pada assessment (lihat 3.1.1). Wawancara informan kunci dengan pimpinan atau anggota masyarakat yang terdampak dapat mengumpulkan data untuk mengevaluasi kualitas program dan penerimaan masyarakat terhadap program.

Evaluasi terhadap kualitas atau akses ke layanan mencakup kajian terhadap dokumen-dokumen operasional (seperti laporan lokasi, laporan perjalanan, laporan supervisi, catatan pelatihan) dan daftar-periksa untuk layanan

kesehatan kualitatif. Pengkajian data yang dikumpulkan dari sistem monitoring juga harus dilihat sebagai bagian dari proses evaluasi.

Data berbasis populasi dapat dikumpulkan untuk melengkapi dan/atau memvalidasi data yang dikumpulkan secara rutin.

3.3.3 Data apa yang diperlukan untuk evaluasi?

Adalah penting untuk menetapkan secara jelas tujuan setiap evaluasi dan secara jelas menetapkan pertanyaan-pertanyaan yang harus dijawab oleh evaluasi. Pertanyaan-pertanyaan lazim yang harus dipertimbangkan dalam mengevaluasi keluaran proyek dan proyek itu sendiri adalah:

- Apa yang telah kita lakukan?
- Apa yang telah kita capai?
- Apakah kita mencapai apa yang diinginkan?
- Apa yang dapat kita pelajari?
- Apa lagi yang dibutuhkan?

3.3.4 Siapa yang bertanggungjawab untuk evaluasi?

Evaluasi harus seobyektif mungkin dan tidak mengandung bias. Jika orang yang melakukan evaluasi juga terlibat dalam koordinasi atau pengelolaan program, terkadang sulit bagi orang tersebut untuk tetap menjadi peserta yang netral dan melihat program dengan tidak memihak atau berat sebelah. Untuk alasan ini, akan bermanfaat jika evaluasi dilakukan oleh evaluator eksternal.

3.3.5 Bagaimana menganalisa, menggunakan dan menyebarkan hasil evaluasi?

Evaluasi harus mencerminkan apa yang berjalan dengan baik maupun apa yang tidak berjalan dengan baik, agar hasilnya dapat membawa pada peningkatan/perbaikan dalam perencanaan dan rancangan program. Umpan balik di awal harus diberikan kepada manajer program dan para penyedia layanan

untuk memastikan bahwa masalah-masalah yang teridentifikasi ditangani dengan segera sebelum menjadi persoalan atau risiko. Laporan evaluasi akhir harus diinformasikan dengan semua organisasi yang terlibat dalam respon darurat, termasuk Kementerian Kesehatan dan didesiminasikan dalam rapat-rapat koordinasi sektor/cluster kesehatan. Bila dianggap tepat, temuan-temuan dan keputusan harus juga diinformasikan secara langsung dengan masyarakat.

4 Pertimbangan Hak asasi manusia dan hukum

4.1 Standar hak asasi manusia

Hak privasi menurut hukum hak asasi manusia internasional melindungi hak untuk privasi dan kerahasiaan informasi kesehatan, termasuk informasi mengenai kesehatan reproduksi, fungsi reproduksi, kehidupan seksual maupun seksualitas seseorang. Oleh karena itu, hak privasi membebaskan kewajiban bagi para penyedia layanan dan siapapun yang mengumpulkan data terkait dengan kesehatan untuk menjaga kerahasiaan informasi itu. Dalam kondisi layanan kesehatan, informasi mengenai status kesehatan pasien dapat diinformasikan dengan mereka yang secara langsung terlibat dalam perawatan pasien jika hal ini diperlukan untuk perawatan.

Hak privasi seseorang bisa saja, misalnya, terlanggar ketika status kesehatan reproduksinya didiskusikan dengan orang lain oleh penyedia layanan tanpa izinnya. Pelanggaran kerahasiaan ini tidak hanya melanggar hak privasi orang yang bersangkutan, tetapi juga dapat menyebabkan permasalahan perlindungan yang signifikan bagi orang itu, karena dapat menyebabkan penolakan oleh anggota keluarganya atau oleh masyarakat, kekerasan atau ancaman kekerasan, atau perlakuan diskriminatif dalam mengakses layanan.

Hal-hal utama yang harus selalu diingat untuk memastikan penghormatan atas hak privasi mencakup:

- Kerahasiaan seseorang yang memberikan informasi mengenai status kesehatan reproduksinya, termasuk kejadian kekerasan berbasis gender, harus selalu dilindungi di setiap waktu.
- Siapapun yang memberikan informasi mengenai status kesehatan reproduksinya, termasuk kejadian kekerasan berbasis gender, harus memberikan persetujuan setelah mendapat informasi (informed consent) sebelum berpartisipasi dalam kegiatan pengumpulan data.

Informasi harus selalu dijaga kerahasiaannya setiap saat termasuk kapan informasi tersebut dikumpulkan, disimpan, dianalisa, diinformasikan dan digunakan. Hak privasi juga berlaku untuk anak-anak, termasuk di dalam situasi layanan kesehatan. Meskipun informasi mengenai status kesehatan anak-anak tidak boleh diungkapkan kepada pihak ketiga, termasuk orang tua, tanpa persetujuan anak tersebut, hal ini tentu saja tergantung usia dan kedewasaan anak, maupun melihat kepentingan terbaik anak tersebut.

4.2 Pertimbangan hukum nasional

Mereka yang memiliki akses ke informasi kesehatan harus memastikan bahwa mereka mengambil langkah-langkah yang tepat untuk menjaga kerahasiaan informasi kesehatan. Petunjuk mengenai hukum nasional dan peraturan mengenai pengumpulan, penyimpanan dan penggunaan informasi kesehatan ini harus tersedia bagi para pekerja kesehatan dan pekerja kemanusiaan, dan semua pekerja kesehatan harus mengetahui peraturan-peraturan ini.

Pengumpulan dan penggunaan data untuk tujuan monitoring dan evaluasi juga mensyaratkan adanya persetujuan berdasarkan informasi (informed consent) dari orang yang memberikan informasi. Ini

mencakup pengumpulan data dimana nara sumber informasi tidak akan diungkapkan dan diputuskan hubungannya dari nama dan hal-hal lain yang mengidentifikasi responden yang bersangkutan. Maksud daripada informed consent adalah untuk memastikan bahwa responden menyadari dan memahami tujuan dan isi pelaksanaan pengumpulan data, prosedur yang akan diikuti selama pelaksanaan, risiko dan manfaat keikutsertaan mereka, serta hak-hak mereka. Sebagai bagian dari proses informed consent, calon peserta harus diberikan informasi tentang masing-masing unsur ini, melalui apa yang sering disebut sebagai “pernyataan persetujuan”

Setiap orang juga harus diberitahukan bahwa mereka memiliki hak untuk tidak berpartisipasi dalam pengumpulan data atau untuk menolak menjawab pertanyaan-pertanyaan tertentu.

Jika untuk tujuan tertentu— informasi mengenai status kesehatan seseorang perlu diungkapkan kepada pihak ketiga, maka informed consent dari orang yang bersangkutan harus diperoleh terlebih dahulu. Bila informasi itu terkait dengan anak-anak, maka informed consent harus diberikan oleh orang tua atau wali anak kecuali jika hukum setempat menyatakan lain. Selain itu, anak-anak pada usia yang dapat memahami sifat dan implikasi pengumpulan dan pengungkapan informasi (yaitu mereka yang kemampuannya telah berkembang) juga harus memberikan persetujuan mereka.

4.3 Tantangan dan kesempatan

Di beberapa kondisi, penyedia layanan diwajibkan oleh hukum nasional untuk melaporkan orang-orang yang hasil tes HIVnya adalah positif, perempuan yang melakukan aborsi atau kasus-kasus tertentu kekerasan seksual kepada pihak yang berwenang. Walaupun pembenaran resmi atas kebijakan dan undang-undang tersebut adalah untuk mencegah kejahatan atau persoalan kesehatan masyarakat, perlu dicatat bahwa hal tersebut mungkin tidak sejalan dengan standar hak asasi manusia internasional dan

dapat melanggar hak privasi. Para penyedia layanan perlu mengetahui undang-undang dan kebijakan tersebut serta kewajiban-kewajiban mereka. Sebagai bagian dari proses informed consent, pasien harus diberitahukan tentang batasan-batasan terhadap kerahasiaan. Jika memang ada peraturan wajib melapor, maka para penyedia layanan harus menjelaskan mekanisme pelaporan kepada pasien dan memberitahukan apa yang mungkin akan terjadi setelah laporan dibuat.

5 Bacaan Lanjutan

Alat bantu dan indikator cluster kesehatan

http://www.who.int/hac/global_health_cluster/guide/tools/en/index.html

Alat Monitoring dan Evaluasi. Kesehatan Reproduksi untuk Konsorsium Pengungsi Eksternal [*Monitoring and Evaluation Toolkit. Reproductive Health for Refugees Consortium (RHRC)*], Oktober 2004. <http://www.rhrc.org/resources/general%5Ffieldtools/toolkit/index.htm>

Alat bantu Assessment Kesehatan Reproduksi untuk Perempuan yang Terdampak oleh Konflik. Divisi Kesehatan Reproduksi, Pusat Promosi Kesehatan dan Pencegahan Penyakit Kronis Nasional, Pusat Koordinasi Promosi Kesehatan, Pusat Kendali dan Pencegahan Penyakit, Departemen Layanan Kesehatan dan Kemanusiaan [*Reproductive Health Assessment Toolkit for Conflict-Affected Women. Division of Reproductive Health, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Coordinating Center for Health Promotion, Centers for Disease Control and Prevention, Department of Health and Human Services*], Atlanta, GA,

2007. www.cdc.gov/reproductivehealth/refugee/ToolkitDownload.htm www.cdc.gov/reproductive-health/refugee/

Assessment Pelaksanaan “Paket Layanan Awal Minimum”, Komisi Perempuan untuk Pengungsi Eksternal Perempuan dan Anak-anak [*Assessment of “Minimum Initial Services Package” Implementation, Women’s Commission for Refugee Women and Children*]. http://www.rhrc.org/pdf/PPAM_ass.pdf

Memonitor Pelaksanaan PPAM: Daftar-Periksa, Komisi Perempuan untuk Pengungsi Eksternal Perempuan dan Anak-anak [*Monitoring Implementation of the PPAM: A Check-List, Women’s Commission for Refugee Women and Children*], Januari 2003. www.rhrc.org/pdf/fs_PPAM_insert.pdf

Sistem Informasi Kesehatan [*Health Information System*]. UNHCR, 2007. www.unhcr.org/his

Metode Demografi dalam Assessment Keadaan Darurat: Petunjuk untuk para praktisi. Pusat Studi Internasional Keadaan Darurat, Bencana dan Pengungsi Eksternal (CIEDRS) dan Pusat Kependudukan Hopkins; Universitas John Hopkins, Sekolah Kesehatan Masyarakat Bloomberg Internasional [*Demographic Methods in Emergency Assessment: A Guide for Practitioners. Center for International Emergency, Disaster and Refugee Studies (CIEDRS) and the Hopkins Population Center; John Hopkins University, Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD, 2003. http://www.humanitarianinfo.org/IMToolBox/05_Assessment/Reference Resource Documents/2003 Demographic Methods In Emergency Assessment CIEDRS.pdf*]

Daftar Lampiran

Indikator-indikator berikut ini merupakan pilihan indikator-indikator inti yang dapat digunakan untuk memonitor program kesehatan reproduksi komprehensif. Indikator-indikator ini tidak cukup untuk monitoring dan evaluasi program secara mendalam. Untuk daftar yang lebih rinci, lihat bagian bacaan lebih lanjut di bab-bab yang relevan.

Lampiran 1A: Indikator kesehatan reproduksi untuk PPAM

Lampiran 1B: Indikator Kesehatan reproduksi untuk Program Kesehatan reproduksi komprehensif

Lampiran 2: Tingkat Referensi dan Rasio Kesehatan reproduksi

Lampiran 3: Perkiraan Jumlah Perempuan Hamil dalam Populasi

Lampiran 4: Formulir Kajian Kematian Ibu dan Lembar Petunjuk

Lampiran 5: Contoh Lembar Kerja Bulanan (SIK)

Lampiran 1A: Indikator PPAM

No.	Nama Indikator	Tipe	Deskripsi	Rumus	Unit	Standar	Keterangan
1.	Jumlah Kasus Perkosaan yang Dilaporkan	Dampak (<i>impact</i>)	Jumlah kasus perkosaan yang dilaporkan kepada fasilitas kesehatan dalam suatu periode waktu	Jumlah kasus perkosaan yang dilaporkan ke fasilitas kesehatan/ periode waktu	Periode waktu pelaporan ditetapkan secara lokal		Dipilih berdasarkan jenis kelamin dan kelompok usia Tidak mungkin mengidentifikasi kecenderungan (sementara, geografis atau lainnya) dalam kasus-kasus perkosaan berdasarkan data ini, juga tidak mungkin mengukur tingkat kejadian Catat jumlah fasilitas yang berkontribusi memberikan informasi ini setiap periode waktu
2.	Cakupan supply untuk Tindakan Pencegahan Standar	Keluaran (<i>output</i>)	Persentase lokasi penyelenggaraan layanan kesehatan dengan supply yang cukup untuk memastikan bahwa tindakan pencegahan standar dapat dilakukan	Jumlah tempat penyelenggaraan layanan kesehatan dengan supply yang memadai untuk melaksanakan tindakan pencegahan standar/ jumlah tempat layanan kesehatan x 100	/100 tempat penyelenggaraan layanan kesehatan	100% fasilitas kesehatan memiliki supply yang memadai untuk melakukan tindakan pencegahan standar	Mengukur efektivitas pendistribusian supply yang berhubungan dengan tindakan pencegahan standar. "Supply yang Memadai" dilaporkan oleh setiap supervisor tempat layanan berdasarkan beban kerja. Harus dipisahkan berdasarkan sabun, bahan suntikan bersih, sarung tangan, perlengkapan untuk membuang benda tajam, dan peralatan serta perlengkapan untuk sterilisasi
3.	Cakupan Rapid Test HIV untuk Transfusi Darah yang Aman	Keluaran (<i>output</i>)	Persentase rumah sakit rujukan yang memiliki Rapid test HIV yang cukup untuk memastikan semua darah untuk transfusi diskринing	Jumlah rumah sakit dengan Rapid test HIV yang cukup untuk skrining darah untuk transfusi/ jumlah tempat layanan kesehatan x 100	/100 tempat layanan kesehatan	100% fasilitas kesehatan memiliki perlengkapan cukup untuk melakukan tindakan pencegahan standar	Mengukur efektivitas pendistribusian tes HIV untuk skrining darah untuk transfusi. "Tes HIV yang cukup" dilaporkan oleh supervisor layanan berdasarkan jumlah kasus
4.	Tingkat Pendistribusian Kondom	Hasil (<i>outcome</i>)	Tingkat pendistribusian kondom diantara penduduk	Jumlah kondom laki-laki yang didistribusikan/ populasi total/bulan	/orang/bulan	0.5 kondom / orang / bulan	Standar 0.5 kondom / orang / bulan merupakan nilai perkiraan dari perhitungan kondom standar yang lebih rumit sebagaimana diuraikan dalam bab PPAM halaman 40. Perkiraan digunakan untuk memonitor pendistribusian kondom sebagai bagian dari PPAM.
5.	Cakupan Kit Persalinan bersih	Keluaran (<i>output</i>)	Tingkat pendistribusian kit persalinan bersih di antara perempuan hamil di trimester ketiga	Jumlah kit persalinan bersih yang didistribusikan/ Perkiraan jumlah perempuan hamil x 100/bulan	%	100%	Mengukur apakah perempuan pada akhir kehamilannya memiliki akses ke kit persalinan bersih. Mungkin perlu memperkirakan jumlah perempuan hamil.
6.	Ketersediaan penanganan klinis bagi korban perkosaan	Keluaran (<i>output</i>)	Persentase fasilitas kesehatan dengan penanganan klinis bagi korban perkosaan, termasuk kondar, PEP dan perawatan IMS presumptif	Jumlah fasilitas kesehatan yang menawarkan penanganan klinis bagi korban perkosaan yang selamat/semua fasilitas kesehatan x 100	%		Ketentuan penanganan klinis bagi korban perkosaan mengharuskan ketersediaan staf yang terlatih, kontrasepsi darurat, ARV untuk PEP dan antibiotik untuk perawatan IMS presumptif.

Lampiran 1B: Indikator Kesehatan reproduksi untuk Program Kesehatan reproduksi komprehensif

Ini merupakan pilihan indikator-indikator yang digunakan untuk memonitor program kesehatan reproduksi komprehensif. Mungkin terdapat indikator lain. Para petugas kesehatan reproduksi harus memutuskan indikator mana yang akan digunakan berdasarkan situasi mereka. Referensi pada bagian Bacaan Lebih Lanjut di setiap bab memberikan saran lebih lanjut.

No.	Nama Indikator	Tipe	Deskripsi	Rumus	Unit	Standar	Keterangan
A. Kesehatan Reproduksi Remaja							
7.	Insiden PMS (Penyakit Menular Seksual) pada kaum muda (young people)	Dampak (<i>impact</i>)		Jumlah kasus PMS pada kaum muda yang dilaporkan pada suatu periode waktu yang ditetapkan/Jumlah total kaum muda (x1000)	/1000 remaja		Mengukur dampak potensial program terhadap tingkat PMS diantara kaum muda. Perlu untuk menetapkan kelompok usia kaum muda terkait dengan situasi setempat.
8.	Persentase IMS diantara mereka yang berusia dibawah 18 tahun	Proses	Proporsi IMS sindromik yang terdiagnosa diantara mereka yang berusia dibawah 18 tahun	Jumlah IMS yang terdiagnosa diantara mereka yang berusia dibawah 18 tahun/Jumlah total IMS yang terdiagnosa x 100	%		
9.	Persentase persalinan diantara mereka yang berusia dibawah 18 tahun	Dampak (<i>impact</i>)	Proporsi persalinan yang tercatat diantara mereka yang berusia dibawah 18 tahun	Jumlah persalinan diantara perempuan yang berusia dibawah 18 tahun/Jumlah persalinan dengan bayi yang hidup x 100	%		Mengukur berapa banyak persalinan diantara wanita muda.
10.	Penggunaan kondom pada kaum muda	Hasil (<i>outcome</i>)	Proporsi kaum muda yang aktif secara seksual yang melaporkan penggunaan kondom yang melaporkan penggunaan kondom pada kegiatan seksual terakhir mereka	Jumlah kaum muda yang aktif secara seksual yang melaporkan penggunaan kondom pada kegiatan seksual terakhir mereka/ Jumlah kaum muda yang aktif secara seksual yang disurvei x 100	%		Mengukur dampak program pendidikan masyarakat mengenai penggunaan kondom pada perilaku kaum muda. Dipisahkan berdasarkan jenis kelamin dan kelompok usia. Memerlukan survei berbasis populasi.
B. Keluarga Berencana							
11.	Penggunaan kontrasepsi atau contraceptive prevalence rate (CPR)	Hasil (<i>outcome</i>)	Proporsi perempuan pada usia subur (15-49) yang menggunakan (atau pasangannya menggunakan) metode kontrasepsi	Jumlah perempuan pada usia subur yang menggunakan metode kontrasepsi manapun/ Jumlah perempuan pada usia reproduksi x 100	%		Mengukur berapa persen perempuan yang menggunakan kontrasepsi. Pengetahuan mengenai CPR di negara asal akan membantu dalam menetapkan target.
12.	Pengetahuan masyarakat mengenai keluarga berencana	Hasil (<i>outcome</i>)	Proporsi orang yang aktif secara seksual yang mampu untuk menangkap pesan utama mengenai keluarga berencana	Jumlah orang yang aktif secara seksual yang mampu menangkap pesan-pesan utama mengenai keluarga berencana/ Jumlah orang yang aktif secara seksual yang ditargetkan untuk pesan-pesan keluarga berencana x 100	%		Mengukur pengetahuan tentang keluarga berencana pada penduduk dan didasarkan pada pesan-pesan utama yang diberikan selama kegiatan-kegiatan peningkatan kesadaran (<i>awareness</i>). Memerlukan survei berbasis populasi.

No.	Nama Indikator	Tipe	Deskripsi	Rumus	Unit	Standar	Keterangan
13.	Supply kontrasepsi	Hasil (outcome)		Jumlah tempat layanan kesehatan yang menjaga supply minimum 3 bulan dari masing-masing pil kontrasepsi oral, pil progestin dan suntik/Jumlah tempat layanan x 100	%		Mengukur efektivitas sistem distribusi persediaan kontrasepsi.
14.	Cakupan konseling KB	Hasil (outcome)	Proporsi klien yang mendatangi layanan KB yang ditawarkan KB, yang ditawarkan konseling	Jumlah klien yang mendatangi layanan KB yang ditawarkan konseling KB sebagai tambahan disamping menerima metode kontrasepsi/jumlah klien yang mendatangi layanan KB x 100	%		Mengukur apakah klien mendapatkan konseling dari penyedia layanan KB. Indikator diukur di klinik KB dan tersedia dari catatan klinis, pengamatan atau wawancara klien yang keluar dari klinik.
C. Kesehatan maternal dan neonatal							
15.	Tingkat kematian neonatal	Dampak (impact)	Angka kematian neonatal pada usia 28 hari pertamanya	Jumlah bayi lahir hidup yang meninggal di usia < 28 hari/ Jumlah bayi lahir hidup pada suatu periode waktu tertentu x 1000	/1000 kelahiran bayi hidup	< 40 kematian/ 1000 kelahiran bayi hidup	Mengukur seluruh status kesehatan neonatal
16.	Persentase bayi yang lahir dengan berat badan rendah	Dampak (impact)	Proporsi bayi lahir hidup dengan berat badan kurang dari 2500 g	Jumlah bayi lahir hidup dengan berat badan <2500 g/ Total jumlah bayi lahir hidup (dengan berat badan dicatatkan) x 100	%	<15%	Mengukur status kesehatan perempuan hamil dan ketercukupan perawatan antenatal. Berat badan bayi pada waktu lahir juga mengidentifikasi bayi berisiko tinggi yang mungkin memerlukan perawatan khusus.
17.	Angka lahir mati	Dampak (impact)	Angka lahir mati dalam proporsi terhadap jumlah persalinan	Jumlah periode lahir mati/ Jumlah total kelahiran bayi hidup dan lahir mati x 1000	/1000 kelahiran total / bulan		Ukuran umum terhadap hasil kehamilan. Mungkin meningkat selama terjangkitnya penyakit seperti malaria atau sifilis. Verifikasikan definisi lahir mati didasarkan pada kebijakan nasional. Di hampir semua kondisi, lahir mati didefinisikan sebagai kematian janin setelah 22 minggu.
18.	Investigasi / penyelidikan kematian ibu	Proses	Proporsi laporan kematian ibu yang diselidiki	Jumlah kematian ibu yang dilaporkan yang diselidiki/ Jumlah total kematian ibu yang dilaporkan x 100	%	100%	Mengukur kapasitas program untuk mengidentifikasi semua kematian ibu dan untuk menentukan faktor-faktor risiko yang berkontribusi terhadap kematian tersebut. Diasumsikan bahwa: a) baik kejadian kematian ibu secara tidak langsung maupun langsung diselidiki; untuk mengurangi yang tidak dilaporkan (under reporting); b) ada protokol untuk penyelidikan. Penyelidikan harus dilakukan menurut petunjuk yang telah ditetapkan, dan hasil didesiminasiakan kepada staf kesehatan.

No.	Nama Indikator	Tipe	Deskripsi	Rumus	Unit	Standar	Keterangan
19.	Perawatan antenatal lengkap	Hasil (outcome)	Persentase perempuan hamil yang sudah melakukan setidaknya 4 kunjungan antenatal selama kehamilan	Jumlah perempuan hamil yang sudah melakukan setidaknya 4 kunjungan ANC pada waktu persalinan/ jumlah total kelahiran bayi yang hidup x 100	%	100%	Mengukur apakah perempuan hamil mendapatkan kunjungan antenatal minimal. Indikator ini diukur pada waktu persalinan.
20.	Cakupan skrining sifilis	Hasil (outcome)	Proporsi perempuan hamil yang diskriming sifilis selama kehamilan	Jumlah perempuan hamil yang telah diskriming sifilis selama periode antenatal pada waktu persalinan/Jumlah total kelahiran bayi hidup x 100	%	100%	Mengukur apakah perempuan hamil diskriming sifilis. Indikator ini diukur pada saat persalinan.
21.	Cakupan vaksinasi tetanus	Hasil (outcome)	Proporsi perempuan hamil yang menerima 2 dosis setidaknya 2 dosis vaksin tetanus toksoid (TT) selama kehamilan	Jumlah perempuan hamil yang menerima 2 dosis TT (atau telah divaksinasi lengkap) selama periode antenatal pada waktu persalinan /Jumlah fasilitas kegawatdaruratan kebidanan	%	100%	Mengukur apakah perempuan pada usia subur divaksinasi dengan tetanus toksoid.* Indikator ini diukur pada saat persalinan. Kasus tetanus pada neonatus harus dilaporkan.
22.	Ketersediaan layanan kegawatdaruratan kebidanan	Hasil (outcome)	Jumlah fasilitas kesehatan dengan layanan PONEK dan PONEK/500.000 penduduk, oleh unit admin	Jumlah fasilitas kegawatdaruratan kebidanan per populasi	/500.000 penduduk	Setidaknya 5 fasilitas PONEK/500.000 penduduk, termasuk setidaknya 1 PONEK	Indikator proses 1 PBB
23.	Penggunaan layanan kegawatdaruratan kebidanan	Hasil (outcome)	Proporsi semua persalinan di fasilitas perawatan kegawatdaruratan kebidanan	Jumlah persalinan di pusat layanan kegawatdaruratan kebidanan /Jumlah persalinan x 100	%	Tingkat yang dapat diterima diset secara lokal	Persalinan adalah semua persalinan, baik kelahiran dengan bayi hidup atau kelahiran dengan bayi meninggal dunia. Semua layanan kegawatdaruratan kebidanan harus termasuk; di tenda, maupun di rumah sakit pemerintah.
24.	Kebutuhan layanan kegawatdaruratan kebidanan dipenuhi	Hasil (outcome)	Proporsi perempuan dengan komplikasi kebidanan langsung serius yang dirawat di fasilitas layanan kegawatdaruratan kebidanan	Jumlah komplikasi kebidanan yang dirawat di layanan kegawatdaruratan kebidanan / Jumlah persalinan x 100	%	100%	Mengukur kualitas penanganan kegawatdaruratan kebidanan. Keadaan darurat harus memiliki definisi kasus yang jelas dan termasuk: pendarahan, eklampsia, persalinan macet/lama, sepsis.
25.	Persentase persalinan yang dibantu oleh tenaga kesehatan terlatih	Hasil (outcome)	Proporsi persalinan yang ditolong tenaga Kesehatan terlatih	Jumlah persalinan ditolong tenaga Kesehatan terlatih / Jumlah persalinan x 100	%	100%	Tenaga Kesehatan terlatih didefinisikan sebagai dokter dan/atau orang dengan keahlian kebidanan yang dapat mendiagnosa dan menangani keadaan darurat kebidanan maupun persalinan normal. Tidak termasuk dukun bayi.

No.	Nama Indikator	Tipe	Deskripsi	Rumus	Unit	Standar	Keterangan
26.	Cakupan perawatan nifas	Hasil (outcome)	Proporsi perempuan yang mendapatkan 3 kunjungan pascasalin dalam waktu enam minggu setelah persalinan	Jumlah perempuan yang mendatangi perawatan pascasalin sebanyak 3 kali dalam waktu 6 minggu setelah persalinan/Jumlah persalinan dengan kelahiran bayi hidup x 100	%	100%	Mengukur apakah perempuan mendapatkan kunjungan nifas. Periode nifas didefinisikan sebagai 42 hari (6 minggu) setelah persalinan. Faktor-faktor yang menentukan ketepatan waktu kunjungan adalah: insiden dan jenis komplikasi kebidanan, persentase kelahiran dengan berat badan bayi rendah, proporsi persalinan di rumah, dan angka kematian neonatal di antara yang lain. Jadwal yang direkomendasikan untuk kunjungan adalah pada saat 6 jam, 6 hari dan 6 minggu.
27.	Persentase persalinan secara bedah Caesar, oleh unit administratif	Hasil (outcome)	Bedah Caesar sebagai proporsi semua persalinan	Jumlah persalinan secara bedah Caesar/Jumlah persalinan dengan bayi hidup x 100	%	5% -15%	Perkiraan persentase persalinan dengan bedah Caesar dalam populasi tidak kurang dari 5% atau lebih dari 15%.
28.	Tingkat kematian yang langsung disebabkan kasus kebidanan	Dampak (impact)	Tingkat kematian / fatalitas di antara perempuan dengan komplikasi kebidanan langsung di fasilitas kegawatdaruratan kebidanan	Jumlah perempuan yang mendatangi fasilitas kegawatdaruratan kebidanan yang meninggal karena komplikasi kebidanan langsung/Jumlah perempuan yang mendatangi fasilitas karena komplikasi kebidanan langsung x 100	%	<1%	
D. Perawatan Aborsi Komprehensif							
29.	Layanan Aborsi dilakukan dengan teknologi yang tepat	Proses	Proporsi layanan aborsi yang dilakukan dengan teknologi yang tepat (aspirasi vakum atau metode dengan menggunakan obat)	Jumlah layanan aborsi yang dilakukan dengan teknologi yang tepat/Jumlah semua aborsi yang dilakukan pada periode yang sama x 100	%	100%	"Layanan aborsi" mencakup perawatan komplikasi aborsi (yang diakibatkan aborsi spontan atau diinduksi/tidak aman) maupun prosedur aborsi yang diinduksi).
30.	Cakupan kontrasepsi pasca aborsi	Hasil (outcome)	Proporsi perempuan yang mengakses layanan aborsi yang menerima kontrasepsi sebelum meninggalkan fasilitas	Jumlah perempuan yang mendapatkan layanan aborsi yang memperoleh metode kontrasepsi modern sebelum meninggalkan fasilitas/Jumlah semua perempuan yang mendapatkan perawatan aborsi di fasilitas yang sama pada periode waktu yang sama	%	60%	"Layanan aborsi" mencakup perawatan komplikasi aborsi (yang diakibatkan baik dari aborsi spontan atau diinduksi/tidak aman) maupun prosedur aborsi yang diinduksi). Tingkat minimum yang direkomendasikan adalah setidaknya 60% perempuan yang mendapatkan perawatan aborsi juga mendapatkan metode kontrasepsi modern sebelum meninggalkan fasilitas. Hal ini konsisten dengan bukti mengenai tujuan reproduksi diantara perempuan yang mendapatkan perawatan aborsi, maupun model-model yang telah teruji keberhasilannya dalam penggunaan kontrasepsi pasca aborsi. Pengumpulan data melalui buku catatan rutin fasilitas.

No.	Nama Indikator	Tipe	Deskripsi	Rumus	Unit	Standar	Keterangan
31.	Kesadaran terhadap indikasi hukum untuk penghentian kehamilan	Hasil (outcome)	Persentase penyedia layanan kesehatan yang menyadari indikasi-indikasi hukum atas penghentian kehamilan di negara yang ditempati dan di negara asal	Jumlah penyedia layanan kesehatan yang terlibat dalam layanan aborsi yang menyadari indikasi-indikasi hukum atas penghentian kehamilan/Jumlah penyedia layanan kesehatan yang terlibat dalam layanan aborsi x 100	%	100%	Pengumpulan data melalui survei berkala.
32.	Cakupan aborsi induksi	Hasil (outcome)	Persentase perempuan yang mendapatkan layanan abortus yang menerima prosedur induksi	Jumlah perempuan yang menerima prosedur aborsi induksi di fasilitas/ Jumlah semua perempuan yang menerima layanan aborsi di fasilitas pada periode waktu yang sama x 100	%	100%	Dari waktu ke waktu, terjadi pergeseran ke arah persentase yang lebih besar dari perempuan yang mendapatkan aborsi induksi sebagai bagian dari keseluruhan layanan aborsi di fasilitas. Sumber Data: Catatan layanan kesehatan tetapi kemungkinan adanya kasus-kasus yang tidak dilaporkan (yaitu kelalaian tidak melaporkan kasus ke fasilitas) dan kesalahan dalam mengklasifikasikan.
E. Kekerasan berbasis gender atau Gender-based Violence (GBV)							
33.	Ketepatan waktu pemberian PEP	Hasil (outcome)	Proporsi korban/penyintas perkosaan yang memenuhi persyaratan yang menerima pascapaparan [post exposure prophylaxis (PEP)] dalam waktu 72 jam setelah kejadian	Jumlah korban/penyintas perkosaan yang memenuhi persyaratan yang menerima PEP dalam waktu 72 jam setelah kejadian/Jumlah total kasus perkosaan yang dilaporkan x 100	%	100% korban/penyintas perkosaan yang memenuhi persyaratan	Mengukur apakah korban/penyintas perkosaan telah secara tepat waktu mengakses layanan yang penting. Diasumsikan protokol untuk penanganan klinis kasus perkosaan telah disebarkan dan diterapkan.
34.	Ketepatan waktu pemberian kontrasepsi keadaan darurat atau emergency contraception (EC)	Hasil (outcome)	Proporsi korban/penyintas perkosaan yang memenuhi persyaratan yang menerima kontrasepsi darurat (EC) dalam waktu 120 jam setelah kejadian	Jumlah korban/penyintas perkosaan yang memenuhi persyaratan dalam waktu 120 jam setelah kejadian/ Jumlah total kasus perkosaan yang dilaporkan x 100	%	100% korban/penyintas perkosaan yang memenuhi persyaratan	Mengukur apakah korban/penyintas perkosaan telah tepat waktu mengakses layanan kritis. Diasumsikan protokol untuk penanganan klinis perkosaan telah disebarkan dan diterapkan.
35.	Ketepatan waktu profilaksis IMS	Hasil (outcome)	Persentase korban/penyintas perkosaan yang menerima perawatan IMS presumtif dalam waktu 2 minggu setelah kejadian	Jumlah korban/penyintas perkosaan yang menerima perawatan IMS presumtif dalam waktu 2 minggu setelah kejadian/ Jumlah total kasus perkosaan yang dilaporkan	%	100% korban/penyintas perkosaan yang memenuhi persyaratan	

No.	Nama Indikator	Tipe	Deskripsi	Rumus	Unit	Standar	Keterangan
36.	Jumlah kasus kekerasan seksual yang dilaporkan ke pelayanan kesehatan	Dampak (<i>impact</i>)	Jumlah kasus kekerasan seksual yang dilaporkan ke pelayanan kesehatan dalam satu periode	Jumlah kasus kekerasan seksual yang dilaporkan ke pelayanan kesehatan/bulan	/10.000 penduduk		Definisi kasus dari kekerasan seksual untuk ditentukan di setiap setting. Terpilih secara jenis kelamin dan umur. Tidak mungkin untuk mengidentifikasi pola (sementara, geografis atau lainnya) dalam kasus kekerasan seksual berdasarkan data tersebut. Tuliskan jumlah fasilitas yang berkontribusi pada informasi tersebut setiap bulan.
F. Infeksi Menular Seksual atau Sexuality Transmitted Infections (STIs)							
37.	Keahlian penyedia layanan dalam penanganan IMS/ISR	Proses	% penyedia layanan yang terlatih (atau dilatih kembali) untuk menangani kasus-kasus IMS/ISR menurut protokol	Jumlah penyedia layanan yang terlatih untuk menangani kasus-kasus IMS/ISR menurut protokol/ Jumlah total penyedia layanan x 100	%		Tersedia dari catatan program IMS/ISR.
38.	Penanganan kasus IMS/ISR	Hasil (<i>outcome</i>)	% pasien dengan IMS/ISR yang dinilai, dirawat dan diberikan konsultasi menurut protokol	Jumlah pasien dengan IMS/ISR yang dinilai, dirawat dan diberikan konsultasi menurut protokol/ Jumlah total pasien dengan IMS/ISR yang mengakses layanan x 100	%		Data dipisahkan berdasarkan jenis kelamin dan usia. Indikator diukur di klinik IMS, maupun di layanan Kesehatan reproduksi lainnya yang mengintegrasikan IMS/ISR dan didapat dari catatan klinis, pengamatan atau wawancara pasien yang keluar.
39.	Insiden penyakit ulcus genital	Dampak (<i>impact</i>)	Insiden penyakit ulcus genital diantara seluruh penduduk	Jumlah kasus penyakit ulcus genital/Penduduk total x 1000	/1000 penduduk/bulan		
40.	Insiden duh uretra laki-laki	Dampak (<i>impact</i>)	Insiden duh uretra laki-laki di antara populasi laki-laki	duh uretra laki-laki pada laki-laki yang dilaporkan/Penduduk laki-laki total x 1000	/1000 penduduk/bulan		
G. HIV/AIDS							
41.	Kualitas skrining pendonoran darah	Hasil (<i>outcome</i>)	Persentase unit darah donor yang diskrining HIV dengan cara yang dapat dijamin kualitasnya	Jumlah unit darah donor yang diskrining HIV dengan cara yang dapat dijamin kualitasnya/Jumlah unit darah donor yang diskrining x 100	%	100%	Mengukur keamanan darah untuk transfusi. Diasumsikan peralatan transfusi darah tersedia dan digunakan dengan benar. Indikator LUNGASS.

No.	Nama Indikator	Tipe	Deskripsi	Rumus	Unit	Standar	Keterangan
42.	Konseling pasca tes dan hasil VCT	Hasil (outcome)	Proporsi klien yang dites VCT untuk HIV, yang menerima hasil dan konseling pasca tes	Jumlah klien yang dites VCT untuk HIV, yang menerima hasil dan konseling pasca-tes/ Jumlah klien yang dites VCT x 100	%	100%	Ukuran tidak langsung terhadap kualitas konseling dan tes dalam program VCT.
43.	Cakupan PMTCT	Hasil (outcome)	Proporsi kunjungan ANC pertama kali yang telah berkonsultasi sebelum melakukan tes	Jumlah kunjungan ANC pertama kali yang telah berkonsultasi sebelum tes/ Jumlah kunjungan ANC pertama	%	100%	
44.	Konseling dan hasil pasca tes PMTCT	Hasil (outcome)	Proporsi klien yang melakukan kunjungan ANC pertama yang dites untuk HIV, yang menerima hasil dan konseling pasca tes	Jumlah klien yang melakukan kunjungan ANC pertama yang dites HIV, yang menerima hasil dan konseling pasca-tes/ Jumlah klien yang melakukan kunjungan ANC pertama yang dites untuk HIV x 100	%	100%	Ukuran tidak langsung terhadap kualitas konseling dan tes dalam program PMTCT.
45.	Cakupan ARV dalam program PMTCT	Hasil (outcome)	Rasio pasangan ibu-bayi baru lahir yang minum obat ARV tepat pada waktunya	Jumlah pasangan ibu- bayi baru lahir yang minum obat ARV menurut protokol/ Jumlah total kelahiran dengan HIV positif x 100	%	100%	
46.	Penggunaan kondom	Hasil (outcome)	Persentase orang yang aktif secara seksual yang melaporkan menggunakan kondom pada kegiatan seksual terakhir mereka	Jumlah orang yang aktif secara seksual yang melaporkan menggunakan kondom pada kegiatan seksual terakhir mereka/ Jumlah orang yang aktif secara seksual yang disurvei x 100			Mengukur dampak program pendidikan masyarakat mengenai penggunaan kondom pada perilaku masyarakat. Dipisahkan berdasarkan jenis kelamin dan kelompok usia. Memerlukan survei berbasis populasi.

Lampiran 2: Tingkat Referensi dan Rasio Kesehatan Reproduksi

Angka yang ditunjukkan di sini telah dikumpulkan dari berbagai sumber dan mencakup periode-periode yang berbeda. Angka-angka ini dimaksudkan untuk memberi perkiraan mengenai apa yang dapat diharapkan di beberapa populasi. Angka-angka ini tidak digunakan sebagai tingkat dasar yang definitif atau sebagai tingkat yang harus dicapai. Angka-angka ini hanya menyatakan kisaran kemungkinan dan dapat membantu dalam perencanaan sumber daya dan menargetkan program-program khusus.

Aborsi	10-15%	dari semua kehamilan dapat secara spontan gugur sebelum usia 20 minggu kehamilan
	90%	dari nilai ini akan terjadi selama tiga bulan pertama kehamilan
	15-20%	dari semua aborsi spontan yang terjadi memerlukan tindakan medis
Gangguan tekanan darah tinggi pada masa kehamilan [Hypertensive Disorder of Pregnancy (HDP)] atau Pre-eklamsia	5-20%	dari semua kehamilan akan mengalami HDP
	5-25%	dari semua kehamilan primigravida (kehamilan untuk pertama kalinya) akan mengalami HDP
Persalinan dan komplikasi persalinan	15%	dari semua kehamilan akan memerlukan tindakan tertentu dalam persalinan
	5-15%	dari semua kehamilan akan memerlukan bedah Caesar
	10-15%	dari semua perempuan mempunyai disproporsi sefalopelvik atau pinggul yang tidak proporsional (lebih tinggi pada masyarakat dari tingkat sosio-ekonomi miskin)
	10%	dari persalinan akan mengalami pendarahan nifas primer (dalam waktu 24 jam setelah persalinan)
	0,1-1,0%	dari persalinan akan mengalami pendarahan nifas sekunder (terjadi 24 jam atau lebih setelah persalinan)
	0,1-0,4%	persalinan akan mengakibatkan rahim sobek
	0,25-2,4%	dari semua persalinan akan mengakibatkan trauma kelahiran bagi bayi
	1,5%	dari semua kelahiran akan memiliki cacat lahir (tidak termasuk cacat jantung yang terdiagnosa di kemudian hari pada periode setelah lahir).
31%	dari cacat ini akan mengakibatkan kematian.	

Sumber Data: Pusat Kerjasama WHO Bidang Layanan Perinatal dan Riset Layanan Kesehatan Bidang Kesehatan Ibu dan Anak, Kehamilan dan Sub-Bidang Kesehatan Bayi, Divisi Kesehatan Reproduksi, NCCDPHP, Pusat Kendali dan Pencegahan Penyakit, Atlanta, GA, 30333 AS Sing, S. dan Wulf, P. Perkiraan Tingkat Aborsi Induksi di Enam Negara Amerika Latin, Perspektif Keluarga Berencana Internasional, 1994, 20(1):4-13.

Lampiran 3: Memperkirakan Jumlah Perempuan Hamil dalam Populasi

Perkiraan Jumlah Perempuan Hamil dalam Populasi jika Populasi Total adalah 100.000				
Jika CBR (Angka Kelahiran Kasar) adalah (per 1000 penduduk)	55	45	35	25
a) Perkiraan jumlah persalinan dengan bayi lahir hidup dalam waktu satu tahun	5500	4500	3500	2500
b) Perkiraan persalinan dengan bayi lahir hidup yang diharapkan perbulan (a/12)	458	375	292	208
c) Perkiraan jumlah kehamilan yang berakhir dengan kelahiran bayi meninggal dunia atau keguguran (perkiraan pada 15 persen persalinan dengan bayi lahir hidup = $a \cdot 0.15$)	825	675	525	375
d) Perkiraan kehamilan yang diharapkan dalam waktu satu tahun (a + c)	6325	5175	4025	2875
e) Perkiraan jumlah perempuan hamil pada bulan tertentu (70% dari d)*	4400	3600	2800	2000
f) Perkiraan % dari penduduk total yang hamil pada periode tertentu	4,4	3,6	2,8	2
*Ini merupakan perkiraan dengan "pembobotan" dari kehamilan cukup bulan ditambah kehamilan yang berakhir dini				

Lampiran 4: Formulir Kajian Kematian Ibu dan Lembar Petunjuk

Rahasia

Laporan Kajian Kematian Ibu

Periksa setiap kematian ibu dan kirimkan laporan ini melalui e-mail kepada pihak-pihak terkait dalam mitra pelaksana Anda dan UNHCR (lihat petunjuk)

Kematian Ibu: Kematian perempuan yang sedang hamil atau dalam waktu 42 hari setelah berakhirnya kehamilan – tanpa memandang dari lamanya kehamilan dan lokasi kehamilan – karena penyebab yang berkaitan dengan atau diperburuk oleh kehamilan atau penanganannya, tetapi bukan karena kecelakaan atau penyebab insidental.

PENGAJI:

Daftar nama-nama orang yang terlibat dalam pengkajian kematian (nama & jabatan / hubungan dengan almarhumah):

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.

INFORMASI KESIMPULAN:

Negara yang ditempati/negara tuan rumah:	Kamp, permukiman atau area:
--	-----------------------------

Nama perempuan:	Kewarganegaraan:	Usia:
-----------------	------------------	-------

INFORMASI KEHAMILAN:

Gravida:	Paritas:	No. kunjungan ANC:	Dilakukan oleh (hanya kualifikasi):
----------	----------	--------------------	-------------------------------------

Faktor-faktor risiko yang teridentifikasi selama kunjungan antenatal:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Malaria berat | <input type="checkbox"/> Paritas tinggi (diatas 4 kehamilan) |
| <input type="checkbox"/> Pendarahan ante partum | <input type="checkbox"/> Hipertensi | <input type="checkbox"/> Bedah Caesar sebelumnya |
| <input type="checkbox"/> HIV/AIDS | <input type="checkbox"/> Diabetes Militus | <input type="checkbox"/> Kehamilan ganda |
| <input type="checkbox"/> Tidak ada | <input type="checkbox"/> Lainnya (tuliskan): | |

Jumlah kunjungan pascasalin:	Kapan (mis. 24 jam pertama, 1 hari, 1 minggu...):
------------------------------	---

INFORMASI KEHAMILAN:

- Tidak melahirkan: Dugaan usia kehamilan pada waktu kematian ibu: minggu bulan
 Melahirkan/Aborsi: Waktu antara persalinan/aborsi dan kematian ibu jam hari

Lokasi Kematian:

- Rumah; Dalam perjalanan; Tuliskan rinciannya:
 Fasilitas Kesehatan Kamp } Tanggal & waktu masuk:
 Fasilitas Kesehatan Rujukan } Tanggal & waktu kematian:

RINGKASAN KEJADIAN LANGSUNG:**INFORMASI KEHAMILAN:**

- Faktor-faktor terkait dengan terlambat pertama (terlambat dalam memutuskan untuk mencari pertolongan)?

1.

2.

3.

- Faktor-faktor terkait terlambat 2 kedua (terlambat dalam mencapai perawatan)?

1.

2.

3.

- Faktor-faktor terkait terlambat ketiga (terlambat dalam mendapatkan perawatan yang tepat di fasilitas)?

1.

2.

3.

INFORMASI KESIMPULAN:

Langsung (seperti pendarahan, kesulitan melahirkan, eklampsia, sepsis, dsb):

Tidak langsung (seperti anemia, HIV/AIDS, malaria, dsb):

PELAJARAN YANG DIPEROLEH	LANGKAH YANG DIAMBIL/ USULAN PENYELESAIAN

Tanggal kajian kematian ibu:	Tanggal laporan:
Laporan disusun oleh (nama & jabatan):	

Tujuan petunjuk ini adalah untuk membantu program nasional dalam:

- A) Proses pengkajian kematian ibu, dan
- B) Syarat-syarat dalam melaporkan kematian ibu.

A) PROSES PENGKAJIAN KEMATIAN IBU

Apakah yang dimaksud dengan kematian ibu?

Kematian Ibu: Kematian perempuan yang sedang hamil atau dalam waktu 42 hari setelah berakhirnya kehamilan –tanpa memandang dari lamanya kehamilan dan lokasi kehamilan– karena penyebab yang berkaitan dengan atau diperburuk oleh kehamilan atau penanganannya, tetapi bukan karena kecelakaan atau penyebab insidental.

Haruskah setiap kematian ibu dikaji?

Ya. Setiap kematian ibu yang terjadi di kamp pengungsi (pengungsi eksternal atau lokal) atau di fasilitas kesehatan rujukan harus dikaji secara sistematis.

Apakah tujuan pengkajian kematian ibu?

Kajian kematian ibu memberikan kesempatan yang langka bagi kelompok staf kesehatan dan anggota masyarakat untuk belajar dari suatu kejadian yang tragis –yang seringkali dapat dicegah. Kajian kematian ibu harus dilakukan sebagai latihan pembelajaran yang tidak termasuk menyalahkan seseorang atau memberi hukuman. Tujuan kajian kematian ibu adalah untuk meningkatkan kualitas penyusunan program keselamatan ibu dalam rangka mencegah kesakitan dan kematian maternal dan neonatal di masa datang.

Proses apa yang harus digunakan untuk mengkaji kematian ibu?

Terdapat 2 metodologi utama untuk mengkaji kematian ibu yang berhubungan dengan situasi pengungsi eksternal:

1) Kajian Kematian Ibu Berbasis Masyarakat / Otopsi Verbal

- Definisi* : Suatu metode untuk menemukan penyebab-penyebab medis kematian dan memastikan faktor-faktor pribadi, keluarga atau masyarakat yang mungkin telah berkontribusi terhadap kematian perempuan yang meninggal dunia di luar fasilitas medis.
- Persyaratan* : Kerjasama dari keluarga perempuan yang meninggal dunia serta kepekaan diperlukan dalam mendiskusikan keadaan sekitar kematian.
- Keuntungan* : Memberikan suatu cara untuk mengungkap penyebab medis kematian perempuan yang meninggal dunia di rumah, memungkinkan faktor medis maupun non-medis diselidiki, dan memberikan kesempatan

Kerugian : untuk mencakup perspektif keluarga mengenai layanan kesehatan. Penilai yang berbeda dapat menyimpulkan penyebab kematian secara berbeda, kematian dari penyebab tidak langsung mungkin akan terlewatkan atau tidak dilaporkan.

2) Kajian Kematian Ibu Berbasis Fasilitas

Definisi : Penyelidikan kualitatif, secara lebih mendalam mengenai penyebab dan lingkungan sekitar kematian ibu di fasilitas kesehatan; kematian pada permulaannya diidentifikasi di tingkat fasilitas tetapi kajian tersebut juga terkait dengan mengidentifikasi kombinasi faktor-faktor di fasilitas dan di masyarakat yang berkontribusi terhadap kematian, dan yang mana yang sebetulnya dapat dihindarkan.

Persyaratan : Kerjasama dari mereka yang telah memberikan perawatan kepada perempuan yang meninggal dunia, dan kesediaan mereka untuk melaporkan penanganan kasus secara akurat.

Keuntungan : Merupakan proses yang dipahami dengan baik di beberapa kondisi, memungkinkan kajian menyeluruh terhadap aspek-aspek medis, memberi kesempatan pembelajaran bagi semua staf, dan dapat merangsang peningkatan kualitas perawatan medis.

Kerugian : Membutuhkan kepemimpinan yang berkomitmen di tingkat fasilitas, tidak memberikan informasi mengenai kematian-kematian yang terjadi di masyarakat.

Metodologi ketiga yang merupakan tambahan untuk meningkatkan program keselamatan ibu— adalah pilihan untuk program nasional dengan kapasitas yang diperlukan:

3) Kajian “nyaris mati (“Near Miss”)

Definisi : Identifikasi dan assessment kasus-kasus dimana perempuan hamil dapat bertahan hidup dari komplikasi kebidanan; tidak ada definisi yang dapat diterima secara universal untuk kasus-kasus ini, namun yang terpenting bahwa definisi yang digunakan sesuai dengan keadaan lokal untuk memungkinkan peningkatan perawatan ibu setempat

Persyaratan : Sistem rekam medis yang baik, budaya penanganan dimana peristiwa-peristiwa yang mengancam nyawa dapat didiskusikan secara bebas tanpa merasa takut atau menyalahkan, dan komitmen dari manajemen dan staf klinis untuk melakukan tindak lanjut atas temuan-temuan itu.

Keuntungan : Kejadian “nyaris mati” dapat terjadi lebih sering daripada kematian ibu, memungkinkan untuk melakukan wawancara dengan perempuan tersebut selama proses pengkajian, dan dapat mengurangi kemungkinan kematian ibu di masa datang melalui peningkatan kualitas

Kerugian : Memerlukan definisi yang jelas mengenai kesakitan ibu yang parah, kriteria pemilihan diperlukan untuk kondisi dengan volume kejadian-kejadian mengancam nyawa yang tinggi.

B) PROSES PELAPORAN KEMATIAN IBU

Haruskah setiap kematian ibu dilaporkan?

Ya. Formulir laporan yang menyertai (atau format pengganti yang tersedia di lokasi Anda) harus diselesaikan secara elektronik untuk setiap kajian kematian ibu dan dikirimkan melalui email kepada (sedikitnya):

- Koordinator Kesehatan UNHCR, dan
- Petugas Kesehatan Reproduksi Regional UNHCR, serta
- Staf terkait lainnya (seperti Koordinator Kesehatan mitra pelaksana, lembaga-lembaga mitra lain, dsb)

Bagaimana saya mengisi bagian PENGKAJI pada formulir?

Penting untuk mencakup banyak orang dalam proses pengkajian kematian ibu, terlepas apakah kematian itu terjadi di masyarakat atau di fasilitas kesehatan. Beberapa contoh orang yang dapat anda libatkan adalah:

- Anggota keluarga yang relevan (saudara perempuan, suami, pacar, orang tua, teman, dsb)
- Staf kesehatan yang relevan (dukun bayi, bidan, dokter, manajer, koordinator, dsb)
- Pimpinan masyarakat yang relevan (pemuka agama, tetua masyarakat, organisasi perempuan, remaja, dsb)

Bagaimana saya mengisi bagian INFORMASI pada formulir?

Ketiga bagian ini (ringkasan informasi, informasi mengenai kehamilan, informasi mengenai kematian) memungkinkan anda untuk mendokumentasikan informasi dasar menyangkut perempuan yang meninggal dunia. Mungkin terdapat faktor-faktor tambahan yang bersifat khusus bagi lokasi anda yang anda diskusikan selama pengkajian (seperti, alamat perempuan itu, agamanya, dsb) yang anda tidak perlu dokumentasikan dalam ringkasan laporan.

Bagaimana saya mengisi bagian RINGKASAN HISTORIS pada formulir?

Bagian ini memungkinkan anda meringkaskan cerita mengenai apa yang telah terjadi. Bagian ini dibuat terbuka sehingga anda dapat mencakup kejadian-kejadian yang terjadi di sekitar kematian ibu. Beberapa unsur yang mungkin perlu Anda masukkan (baik dalam proses pengkajian maupun dalam laporan) adalah:

- Kejadian-kejadian relevan dalam garis waktu, yang belum didokumentasikan
- Ringkasan tentang tindakan/ perawatan yang diberikan sebelum kematian
- Riwayat pasien yang belum didokumentasikan

Bagaimana saya mengisi bagian FAKTOR TERLAMBAT pada formulir?

Bagian ini mendorong anda untuk mengkaji dan mendokumentasikan faktor-faktor terlambat terkait dengan menggunakan Tiga Model Terlambat untuk kematian ibu. Ingat bahwa mungkin terdapat faktor penting di tingkat masyarakat yang terkait dengan kematian di fasilitas kesehatan, sebagaimana juga mungkin terdapat faktor penting di tingkat fasilitas terkait dengan kematian di masyarakat.

Bagaimana saya harus mengisi bagian PENYEBAB KEMATIAN pada formulir?

Beberapa contoh penyebab langsung kematian ibu adalah:

Kehamilan ektopik	Eklampsia	Sepsis
Persalinan macet	Pendarahan antepartum	Pendarahan nifas
Komplikasi aborsi	Komplikasi anaestetik	Embolisme

Beberapa contoh penyebab tidak langsung kematian ibu adalah:

Anemia	Malaria	HIV/AIDS
Penyakit jantung	Penggunaan obat-obatan terlarang	Diabetes

Bagaimana saya mengisi bagian PROSES PEMBELAJARAN & TINDAKAN YANG HARUS DIAMBIL pada formulir?

Ini mungkin merupakan komponen yang paling penting dari kajian kematian ibu. Setelah menganalisa semua informasi yang relevan, orang-orang yang terlibat perlu mencapai kesepakatan tentang proses pembelajaran kunci yang dapat dipelajari dari proses, dan berkomitmen untuk mengambil tindakan yang akan meningkatkan bidang-bidang ini di masa datang. Adalah penting untuk mempertimbangkan pelajaran maupun tindakan terkait dengan masyarakat maupun fasilitas kesehatan.

Lampiran 5: Contoh Lembar Kerja Bulanan (SIK)***Sistem Informasi Kesehatan** **Organisasi:** _____Formulir Pelaporan **Lokasi:** _____**9.0 Kesehatan Reproduksi** **Periode pelaporan:** _____**9.1 Perawatan Antenatal**

9.1a

	Pengungsi Eksternal (Refugee)		Internal (IDP)	
	< 18	≥ 18	< 18	≥ 18
Kunjungan antenatal pertama < trimester pertama				
Kunjungan antenatal pertama > trimester pertama				
Kunjungan antenatal lanjutan				
Jumlah tes sifilis yang dilakukan				
Jumlah tes sifilis positif				
Jumlah kontak kasus sifilis positif yang ditangani				
Jumlah kehamilan berisiko tinggi yang terdeteksi				
Jumlah aborsi				

9.1b *Masukkan jumlah perempuan hamil pada saat persalinan yang:*

	Pengungsi Eksternal (Refugee)		Internal (IDP)	
	< 18	≥ 18	< 18	≥ 18
Mendapatkan 4 atau lebih kunjungan antenatal				
Menerima 2 dosis tetanus toksoid selama periode antenatal				
Menerima setidaknya 2 dosis fansidar selama periode antenatal				
Diskrining untuk sifilis selama periode antenatal				
Menerima 1 dosis mebendazole selama periode antenatal				
Menerima 1 ITN* selama periode antenatal				

9.2 Pertolongan Persalinan

	Pengungsi Eksternal (Refugee)				Internal (IDP)	
	< 18		≥ 18		< 18	≥ 18
	Rumah	Fasilitas Kesehatan	Rumah	Fasilitas Kesehatan		
Persalinan dengan bayi lahir hidup						
Persalinan dengan bayi lahir mati						
Persalinan dengan bayi lahir dengan berat badan rendah (< 2500 g)						
Ditolong oleh tenaga kesehatan kesehatan terlatih**						
Jumlah komplikasi kebidanan yang ditangani						
Jumlah bedah Caesar yang dilakukan						

*ITN=Insecticide Treated Net (kelambu yang sudah diberi insektisida) **tidak termasuk TBA (dukun bayi)

**Formulir ini dirancang secara khusus untuk situasi pengungsi eksternal. Formulir ini harus disesuaikan tergantung pada situasi.*

9.3 Perawatan pasca-salin/nifas

	Pengungsi Eksternal (Refugee)		Internal (IDP)	
	< 18	≥ 18	< 18	≥ 18
Menghadiri 3 kunjungan pasca-salin/nifas dalam waktu 6 minggu setelah persalinan				

9.5 Kekerasan Seksual dan Berbasis Gender (SGBV)

	Pengungsi Eksternal (Refugee)				Internal (IDP)
	< 18		≥ 18		
	Laki-laki	Perempuan	Laki-laki	Perempuan	
Jumlah total korban/penyintas perkosaan yang mencari pertolongan dalam waktu 72 jam*					
Jumlah total korban/penyintas perkosaan yang mencari pertolongan pada 72-120 jam*					
Jumlah total korban/penyintas perkosaan yang mencari pertolongan pada 120 jam-2 minggu*					
Jumlah total korban/penyintas perkosaan yang mencari pertolongan setelah 2 minggu*					
Jumlah korban/penyintas perkosaan yang diberikan PEP** dalam waktu 72 jam					
Jumlah perempuan korban/penyintas perkosaan yang diberikan pil kontrasepsi darurat dalam waktu 120 jam					
Jumlah korban perkosaan/penyintas yang diberikan pengobatan presumtif IMS < 2 minggu					
Jumlah kasus trauma di pos kesehatan karena kekerasan dalam rumah tangga					

*dari insiden yang terjadi; **PEP=Post Exposure Prophylaxis atau Profilaksis Pasca Paparan

Sistem Informasi Kesehatan
 Formulir Pelaporan
9.4 Keluarga Berencana

Organisasi: _____
Lokasi: _____
Periode pelaporan: _____

	Jumlah kumulatif pada permulaan periode (a)	Pengungsi Eksternal (Refugee)				Jumlah kumulatif pada akhir periode (a+b-c)	Jumlah masing-masing metode yang didistribusikan selama periode*	Unit
		Pengguna baru (b)		Pengguna ulang				
		< 18	≥ 18	< 18	≥ 18			
		Tidak dilanjutkan (c)						
Pil KB kombinasi - dosis rendah (<i>Micro-gynon; Nordette</i>)							Siklus	
Pil KB kombinasi - dosis tinggi (<i>Lo-femena</i>)							Siklus	
Pil KB progesterone only (<i>Micro-val; Micro-lut</i>)							Dosis	
Kontrasepsi darurat (<i>Postinor-2</i>)							Dosis	
Suntikan <i>Depo-Provera</i>							Dosis (ml)	
Susuk (<i>Norplant</i>)							Susuk (ditanam)	
Intra-Uterine Device (IUD)							IUD	
Kondom (Laki-laki)							Buah	
Kondom (Perempuan)							Buah	
Sterilisasi (Laki-laki)							Sterilisasi	
Sterilisasi (Perempuan)							Sterilisasi	
Lainnya								

*termasuk metode yang diberikan kepada semua tipe pengguna

4

BAB EMPAT

Kesehatan Reproduksi Remaja

Daftar Isi

1 PENDAHULUAN	97
2 TUJUAN	98
3 PENYUSUNAN PROGRAM	98
3.1 Needs assessment/Penilaian kebutuhan	99
3.2 Prinsip-prinsip untuk bekerja dengan remaja	100
3.3 Melaksanakan layanan kesehatan reproduksi untuk remaja	101
3.4 Koordinasi dan membuat kaitan dengan program remaja	102
3.5 Advokasi	107
4 PERTIMBANGAN HAK ASASI MANUSIA DAN HUKUM	108
5 MONITORING	110
6 BACAAN LANJUTAN	110

1 Pendahuluan

Masa remaja merupakan salah satu tahap kehidupan manusia yang paling menakutkan dan rumit serta disertai oleh kebutuhan-kebutuhan kesehatan reproduksi khusus. Remaja bersifat cepat pulih, penuh ide dan energik. Mereka dapat mendukung satu sama lain melalui konseling, pendidikan dan penjangkauan sebaya serta memberikan kontribusi ke komunitas mereka melalui kegiatan-kegiatan seperti menjadi relawan untuk membantu penyedia layanan kesehatan, memberikan perawatan kepada orang yang hidup dengan HIV/AIDS (ODHA), dan memperluas akses terhadap layanan kesehatan reproduksi berkualitas untuk rekan sebaya mereka di tingkat masyarakat.

Kedaruratan bencana disertai oleh risiko-risiko yang meningkatkan kerentanan remaja terhadap kekerasan, kemiskinan, perpisahan dengan keluarga, kekerasan seksual dan eksploitasi. Faktor-faktor ini dapat mengganggu struktur perlindungan keluarga dan sosial, jejaring sebaya, institusi sekolah dan agama serta dapat sangat mempengaruhi kemampuan remaja untuk mempraktekkan perilaku kesehatan reproduksi yang aman. Lingkungan baru mereka juga dapat bersifat keras, menekan dan/atau tidak sehat. Remaja (terutama wanita muda) yang tinggal di bawah situasi terpinggirkan sangat rentan terhadap hubungan seks yang dipaksakan, eksploitasi dan kekerasan, dan mungkin tidak memiliki pilihan selain terlibat dalam hubungan seks berisiko tinggi atau transaksi seks untuk bertahan hidup.

Di sisi lain, masyarakat yang terpengaruh oleh krisis mungkin terpapar dengan kesempatan-kesempatan baru, termasuk akses terhadap pelayanan kesehatan yang lebih baik, sekolah, dan belajar bahasa lain dan keterampilan baru yang mungkin menempatkan remaja dalam posisi khusus yang mungkin tidak akan mereka miliki di lingkungan non krisis. Remaja seringkali beradaptasi dengan mudah terhadap situasi baru dan dapat belajar cara bergerak di lingkungan baru ini dengan cepat.

Kesehatan Reproduksi Remaja

Para staf kesehatan reproduksi, manajer program kesehatan reproduksi dan penyedia layanan pada situasi bencana harus mempertimbangkan dan memenuhi kebutuhan-kebutuhan khusus dari remaja yang sedang bertransisi ke masa dewasa dalam situasi yang kompleks dan sulit. Mereka secara khusus harus mempertimbangkan remaja yang rentan, termasuk mantan tentara anak, anak yang menjadi kepala keluarga, remaja yang sudah menjadi ibu dan gadis-gadis berusia muda yang memiliki risiko yang meningkat terhadap eksploitasi seksual.

2. Tujuan

Tujuan bab ini adalah untuk:

- Memberikan panduan kepada staf kesehatan reproduksi, manajer program kesehatan reproduksi dan pemberi layanan untuk pendekatan kesehatan reproduksi remaja yang efektif di situasi bencana
- Membuat daftar prinsip dan sumber daya yang memberikan informasi kepada staf kesehatan reproduksi, manajer program, pemberi layanan dan anggota masyarakat mengenai bagaimana melibatkan remaja dalam program kesehatan reproduksi.
- Memastikan penyediaan layanan kesehatan reproduksi yang ramah remaja dan menciptakan suatu lingkungan dimana remaja dapat berkembang dan berjuang untuk hidup meskipun terdapat banyak tantangan yang mereka hadapi dalam suatu situasi krisis.

Meskipun bab ini mengacu pada remaja (usia 10-19), layanan yang dipaparkan di sini dapat diperluas ke kader kaum muda yang lebih luas (usia 10 sampai 24) yang juga dapat memperoleh keuntungan dari layanan yang ramah remaja.

3. Penyusunan program

Pada fase awal bencana, terapkan Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) untuk kesehatan reproduksi (Lihat Bab 2: PPAM). PPAM tidak menangani semua kebutuhan remaja dan terdapat kemungkinan bahwa tidak mungkin untuk memadukan semua prinsip kesehatan reproduksi remaja ketika menerapkan PPAM. Meskipun demikian, implementasi PPAM harus dilakukan dengan suatu cara yang sensitif terhadap kebutuhan dan sesuai keinginan remaja.

Padukan hal-hal di bawah ini sebagai bagian dari respon awal:

- Usahkan kondom pria dan wanita tersedia di tempat-tempat pertemuan remaja, lebih disukai di lokasi yang bersifat pribadi dan dapat diakses sehingga remaja dapat mengaksesnya tanpa diketahui oleh orang lain.
- Pastikan bahwa para remaja putri berada dalam kondisi aman ketika mereka melakukan tugas-tugas rumah tangga seperti mengumpulkan kayu bakar, mengambil air atau makanan.
- Pastikan bahwa remaja putri yang hamil memiliki akses terhadap layanan kegawatdaruratan kebidanan dan mekanisme rujukan ketika diperlukan.
- Bentuk layanan klinis dan rujukan untuk para korban/penyintas kekerasan seksual yang sensitif terhadap kebutuhan remaja dan menghormati kerahasiaan.

3.1 Needs assessment/penilaian kebutuhan

Pada saat situasi menjadi semakin stabil, lakukan needs assessment dengan berkoordinasi dengan para aktor kesehatan reproduksi dan kesehatan anak yang lain untuk menginformasikan proses design program dan mengembangkan suatu rencana aksi dalam rangka meningkatkan layanan yang ramah untuk remaja dari layanan kesehatan yang ada berdasarkan pada hasil assessment. Libatkan remaja yang dapat mengidentifikasi kerentanan dan kapasitas mereka sendiri dalam proses ini. Gunakan alat bantu assessment layanan ramah remaja untuk menentukan apakah layanan kesehatan telah memenuhi kebutuhan remaja. Selain itu, nilai pula sumber daya masyarakat yang bersifat protektif.

Kumpulkan informasi mengenai:

- **Prevalensi isu kesehatan reproduksi di kalangan remaja**, termasuk kehamilan, kematian ibu dan bayi baru lahir serta IMS/HIV;
- **Kerentanan remaja dan praktek-praktek berbahaya**, termasuk paparan terhadap kekerasan dan eksploitasi seksual, perdagangan orang, seks komersial dan praktek-praktek tradisional seperti mutilasi genital (FGM)/ sunat perempuan;
- **Sumber daya masyarakat yang bersifat protektif**, seperti orang tua dan guru yang suportif serta program-program remaja dengan jejaring ke orang dewasa yang memiliki kepedulian terhadap remaja;
- **Layanan untuk remaja, termasuk layanan profesional dan tradisional**. Setiap alasan untuk kesenjangan dalam penyediaan dan akses terhadap layanan harus diidentifikasi;
- **Persepsi terhadap kesehatan reproduksi remaja**: persepsi remaja dan masyarakat terhadap kebutuhan akan kesehatan reproduksi remaja dan penyediaan layanan dan informasi kesehatan reproduksi untuk remaja;

- **Hambatan untuk mengakses layanan-layanan yang tersedia**, termasuk ketidakamanan, norma budaya, kurangnya kerahasiaan/privasi, dan kurangnya petugas kesehatan yang berjenis kelamin sama;

Selain itu, staf kesehatan reproduksi, manajer program dan pemberi layanan harus memahami perundangan dan kebijakan nasional terkait dengan kesehatan reproduksi remaja di negara tempat mereka bekerja. Pertimbangan-pertimbangan yang diambil harus mencakup:

- Perundangan atau kebijakan apa saja yang membatasi atau melindungi akses remaja terhadap informasi dan layanan kesehatan reproduksi?
- Berapa mayoritas usianya? Berapa usia yang dianggap wajar untuk berhubungan seks? Berapa usia yang dianggap wajar untuk menikah? Apakah berbeda untuk laki-laki dan perempuan?
- Apa terdapat syarat-syarat seperti status sudah menikah, persetujuan orang tua atau wali untuk memberikan informasi dan layanan kesehatan kepada anak-anak? Dan kepada remaja?
- Apakah kapasitas yang terus berkembang dan kesejahteraan terbaik anak dipertimbangkan dalam hukum/kebijakan/protokol yang mengatur akses mereka ke layanan, informasi dan penyuluhan kesehatan reproduksi?
- Apakah terdapat hukum nasional atau lokal atau kebijakan terkait kekerasan seksual dan bentuk-bentuk penganiayaan lain terhadap anak baik di dalam maupun di luar keluarga?
- Apakah terdapat kewajiban bagi petugas layanan kesehatan untuk melaporkan jika mereka menemukan tindak kekerasan pada anak (termasuk kekerasan seksual) dan/atau pelecehan seksual? Jika ya, ke pihak mana dan apa yang akan terjadi setelah kasus dilaporkan?
- Siapa atau pihak mana dari sektor kesehatan yang diijinkan mengumpulkan

bukti forensik dalam kasus yang terkait dengan kekerasan pada anak dan siapa yang diizinkan untuk bersaksi mengenai bukti tersebut di pengadilan?

- Organisasi-organisasi apa yang bergerak di bidang hak anak dan perempuan yang bekerja untuk mendukung akses anak dan remaja terhadap informasi dan layanan kesehatan reproduksi?

3.2 Prinsip-prinsip yang diterapkan dalam bekerja bersama remaja

Ketika bekerja dengan remaja, penting sekali untuk mempertimbangkan:

1. Prinsip-prinsip manajemen
2. Prinsip-prinsip pemberian layanan

3.2.1. Prinsip-prinsip manajemen

Remaja bukanlah kelompok yang homogen:

Kebutuhan remaja sangat bervariasi sesuai usia, jenis kelamin, pendidikan dan status pernikahan. Pesan-pesan perubahan perilaku terkait kesehatan reproduksi harus didasarkan pada kelompok usia (10 sampai 14 tahun dan 15 sampai 19 tahun) dan sesuai dengan jenis kelamin mereka.

Libatkan partisipasi remaja secara bermakna:

Prinsip utama dalam bekerja sama secara efektif dengan remaja adalah dengan mendorong partisipasi, kemitraan dan kepemimpinan remaja. Akibat adanya hambatan-hambatan yang dihadapi remaja ketika mengakses layanan kesehatan reproduksi, mereka harus terlibat dalam semua aspek penyusunan program, termasuk perancangan, implementasi dan monitoring program. Misalnya, akan sangat membantu jika kita dapat mengidentifikasi remaja yang dapat berperan sebagai pemimpin muda atau pendidik sebaya di komunitas mereka. Para pemuda ini akan membantu mengungkapkan kebutuhan teman sebaya mereka selama perancangan program dan dapat membantu implementasi kegiatan-kegiatan seperti

distribusi kondom, pendidikan sebaya, monitoring pelayanan kesehatan yang ramah remaja dan rujukan ke konselor untuk masalah kekerasan berbasis gender. Layanan akan lebih dapat diterima jika layanan tersebut disesuaikan dengan kebutuhan-kebutuhan yang diidentifikasi oleh remaja itu sendiri. Remaja dapat juga membantu memastikan bahwa PPAM juga menangani kebutuhan mereka, misalnya dengan mengidentifikasi lokasi-lokasi yang sensitif secara budaya untuk upaya penyediaan kondom.

Keterlibatan masyarakat: Pemahaman terhadap konteks budaya dan pembentukan lingkungan yang mendukung sangat penting dalam upaya penyediaan layanan kesehatan reproduksi untuk remaja karena layanan ini mungkin akan dipengaruhi oleh nilai-nilai masyarakat terkait dengan kesehatan reproduksi dan seksual remaja. Orang dewasa seringkali menjadi sangat protektif terhadap norma budaya dan proses sosialisasi remaja ketika kondisi darurat terjadi. Pada awal suatu respon bencana, sangatlah penting untuk membuat prioritas informasi dan layanan kesehatan reproduksi yang tersedia, termasuk untuk remaja, seperti yang diungkapkan dalam PPAM (lihat Bab 2). Sesegera mungkin, fokuskan perhatian pada keterlibatan masyarakat dalam isu-isu yang mempengaruhi kesehatan remaja karena tindakan ini mempengaruhi kesinambungan program dan berdampak positif terhadap kesehatan. Anggota masyarakat termasuk orang tua, wali dan para pemuka agama harus ditanyai pendapatnya dan dilibatkan dalam pengembangan program bersama dan untuk remaja.

3.2.2 Prinsip-prinsip pemberian layanan

Privasi, kerahasiaan dan kejujuran: Remaja yang mendatangi petugas kesehatan seringkali merasa malu atau bingung. Penting sekali bahwa petugas kesehatan dapat berusaha sebisa mungkin memberikan ruang pribadi

untuk berbicara. Informasi dapat menyebar dengan sangat cepat di kalangan remaja dan jika kerahasiaan mereka dilanggar, bahkan satu kali saja, remaja tidak akan lagi mendatangi layanan yang tersedia.

Mengkaitkan pencegahan, perawatan dan pengobatan HIV dengan kesehatan reproduksi: Ketika remaja mengakses layanan kesehatan untuk mencari informasi, test dan perawatan HIV, terdapat pula kesempatan untuk mempromosikan layanan-layanan kesehatan reproduksi komprehensif seperti:

- Seks aman, termasuk pemakaian proteksi ganda
- Metode keluarga berencana
- Konseling dan pengobatan IMS

Sebaliknya, tawarkan kesempatan untuk mengetahui status HIV kepada semua remaja yang mengakses keluarga berencana atau layanan kesehatan reproduksi lain jika perawatan dan pengobatan untuk HIV tersedia (lihat Bab 5: Keluarga berencana, Kotak 24, hal. 121: Pertimbangan Kontrasepsi untuk Remaja).

Jenis kelamin petugas kesehatan atau pemberi layanan: Jika memungkinkan, remaja harus dirujuk ke petugas dengan jenis kelamin yang sama kecuali jika remaja tersebut meminta untuk bertemu dengan petugas dari jenis kelamin berbeda. Pastikan bahwa remaja korban/penyintas kekerasan berbasis gender yang mencari dukungan dan perawatan di fasilitas kesehatan didampingi oleh pendamping wanita yang hadir di ruang pemeriksaan ketika petugas laki-laki merupakan satu-satunya petugas yang tersedia. Keberadaan pendamping ini sangat penting ketika korban adalah remaja putri tetapi penting pula untuk memberikan pilihan ini kepada remaja putra yang menjadi korban/penyintas kekerasan berbasis gender.

3.3 Pertimbangan-pertimbangan ketika menyusun program untuk remaja

Sangatlah penting bahwa manajer program mengingat faktor-faktor yang mungkin meningkatkan kerentanan remaja selama suatu kondisi darurat berikut ini:

- **Remaja putri memiliki kerentanan yang lebih tinggi dibandingkan dengan remaja putra:** Perbedaan kekuatan dalam hubungan antara pria dan wanita yang sudah ada sebelumnya dapat menjadi semakin tajam dalam suatu keadaan darurat. Remaja putri seringkali diharapkan untuk mempertahankan norma-norma sosial dan budaya seperti patuh pada pria, merawat keluarga, tinggal di rumah dan menikah di usia muda. Terlebih lagi, perubahan dimensi-dimensi kekuasaan yang terjadi sebagai akibat dari percampuran populasi pengungsi dan populasi tuan rumah dapat menempatkan remaja putri dalam risiko yang lebih tinggi. Kesulitan ekonomi akan menyebabkan peningkatan eksploitasi seperti perdagangan manusia dan seks komersial atau pertukaran seks dengan keperluan lain, dengan risiko-risiko kesehatan reproduksi terkait (HIV, IMS, kehamilan dini dan aborsi tak aman). Remaja putri rentan terhadap kekerasan yang berbasis gender termasuk kekerasan seksual, kekerasan dalam rumah tangga, sunat perempuan dan pernikahan dini yang dipaksakan. Risiko kehamilan bagi seorang remaja putri dapat menjadi lebih parah dengan kondisi-kondisi kesehatan yang telah ada sebelumnya seperti anemia. Remaja putri yang menikah muda seringkali tidak memiliki suara dan kekuasaan untuk membuat keputusan dalam rumah tangga akibat ketidaksetaraan kedudukan dengan suami.
- **Norma sosial dan dukungan sosial seringkali terganggu dalam suatu situasi krisis:** Terganggunya struktur sosial dapat bersifat melindungi jika praktek-praktek

bahaya menjadi terhenti tetapi dapat juga memunculkan risiko bagi kesehatan remaja. Penggunaan waktu luang remaja dalam kondisi krisis mungkin tidak akan terawasi seketat dalam kondisi normal. Ketika remaja terpisah dari keluarga, teman, guru, anggota masyarakat dan budaya tradisionalnya, terdapat lebih sedikit kontrol sosial terhadap perilaku berisiko. Tanpa akses terhadap informasi dan layanan yang memadai remaja mungkin terpapar dengan praktek seks tak aman yang dapat mengakibatkan kehamilan yang tidak diinginkan, aborsi yang tidak aman, IMS dan HIV.

- **Krisis kemanusiaan dapat mengganggu kemitraan remaja dan orang dewasa ketika model panutan menjadi sangat penting:** Dalam situasi yang stabil, remaja biasanya memiliki model panutan di keluarga dan masyarakat. Model panutan semacam itu mungkin tidak jelas terlihat dalam situasi krisis. Petugas kesehatan atau pemberi layanan serta ketua klub remaja mungkin menjadi model panutan yang penting dan harus menyadari potensi pengaruh mereka.
- **Krisis kemanusiaan tidak hanya mengganggu kehidupan sehari-hari tetapi juga mengganggu perspektif masa depan remaja:** Untuk remaja, kondisi ini dapat bermanifestasi menjadi pandangan buruk terhadap kehidupan dan mengarah ke tindakan berisiko seperti kekerasan, penggunaan narkoba dan/atau kegiatan seksual yang tidak aman. Remaja yang mengikuti kegiatan atau program yang membantu mereka merencanakan masa depan harus dibekali segera dengan alasan-alasan yang harus mereka pertimbangkan terkait dengan konsekuensi kegiatan seksual yang tidak aman dan pentingnya bertanggung jawab untuk tindakan mereka. Pelatihan untuk meningkatkan kemampuan membuat keputusan, bernegosiasi dan keterampilan hidup lain dapat merupakan pelatihan yang efektif untuk mendorong remaja agar berpikir mengenai bagaimana cara mereka agar dapat memperbaiki

kondisi mereka saat ini.

- **Remaja dapat mengambil peran orang dewasa dalam keadaan darurat:** Remaja dapat dipaksa untuk mengambil peran orang dewasa dan memerlukan keterampilan menghadapi situasi yang jauh melebihi kapasitas usia mereka. Krisis kemanusiaan dapat menyebabkan remaja menggunakan lebih banyak kekuasaan dibandingkan dengan orang dewasa yang kemudian akan mengarah pada kebingungan sosial lebih lanjut.
- **Kelompok rentan:** Perhatian harus diberikan pada kerentanan yang bersifat spesifik untuk usia, jenis kelamin, status pernikahan dan kondisi tertentu (lihat Kotak 19).

3.4 Layanan untuk remaja

3.4.1 Penyediaan layanan kesehatan reproduksi di fasilitas kesehatan

Layanan kesehatan dapat memegang peranan penting dalam mempromosikan dan melindungi kesehatan remaja. Meskipun demikian, terdapat banyak sekali bukti bahwa remaja melihat layanan kesehatan yang tersedia sebagai layanan yang tidak merespon terhadap kebutuhan mereka. Remaja tidak mempercayai layanan dan menghindari penggunaan layanan atau hanya mencari pertolongan ketika mereka sudah putus asa dan memerlukan perawatan. Salah satu strategi penting dalam memfasilitasi akses remaja terhadap layanan kesehatan reproduksi dan penggunaan layanan kesehatan reproduksi oleh remaja adalah memastikan bahwa layanan yang tersedia berkualitas tinggi dan “ramah remaja”. Pada saat yang sama, remaja perlu dibuat menyadari tentang keberadaan layanan ramah remaja. Layanan kesehatan reproduksi ramah remaja memiliki karakteristik-karakteristik yang membuatnya lebih responsif terhadap kebutuhan kesehatan reproduksi khusus dari remaja, termasuk penyediaan kontrasepsi, kontrasepsi darurat, layanan aborsi aman, diagnosis dan pengobatan IMS, konseling, test dan

Kotak 19: Kelompok Rentan pada Remaja

Kelompok rentan di kalangan remaja mencakup:

- Remaja sangat muda (10 sampai 14 tahun)
- Remaja yang sudah menjadi ibu
- Anak yatim piatu dan rentan
- Anak yang menjadi kepala rumah tangga
- Remaja yang menikah muda
- Remaja dengan HIV positif
- Tentara anak (termasuk remaja putri) dan anak-anak lain yang terlibat dalam pertempuran (dalam peran yang tidak melibatkan pertempuran).
- Remaja yang terlibat dalam seks komersial
- Remaja korban/penyintas kekerasan seksual, perdagangan orang dan bentuk kekerasan berbasis gender lain
- Remaja yang terlibat dalam hubungan seks dengan sesama jenis

perawatan HIV serta layanan kehamilan dan pasca kehamilan.

3.4.2 Kuesioner provider untuk remaja

Merupakan praktek yang baik untuk menskrining semua remaja yang memasuki sistem kesehatan untuk mengetahui adanya masalah-masalah seksual dan kesehatan reproduksi, pemakaian narkoba dan kekhawatiran terhadap kesehatan jiwa. Ketika melakukan skrining ini, petugas kesehatan akan menyampaikan pesan kepada remaja bahwa ia peduli akan kebutuhan remaja dan bahwa pusat kesehatan merupakan tempat yang aman untuk membahas masalah-masalah terkait kesehatan reproduksi. Selain itu, informasi itu dapat digunakan oleh petugas kesehatan untuk memberikan konseling dan rujukan yang sesuai.

Sebelum mengumpulkan informasi dari remaja, pertimbangkan layanan yang tersedia untuk rujukan. Tanyakan pertanyaan-pertanyaan sensitif hanya jika terdapat respon yang sesuai, ke situasi yang berpotensi berbahaya dapat diberikan karena jika tidak, menanyakan hal-hal

ini malah akan mengakibatkan dampak yang lebih buruk. Suatu assessment psikososial remaja yang mungkin membantu mengarahkan petugas kesehatan untuk menanyakan pertanyaan yang sesuai dengan usia dan cukup memadai untuk menilai kebutuhan remaja akan mengikuti prinsip HEADSSS: *Home* (rumah), *Education/Employment* (pendidikan/pekerjaan), *Activities* (kegiatan), *Drugs* (obat-obatan), *Sexuality* (seksualitas), *Suicide* (bunuh diri) dan *Depression* (depresi), *Safety* (keamanan).

3.4.3 Penyediaan Layanan Kesehatan Reproduksi di Masyarakat

Penyediaan layanan dan informasi berbasis masyarakat menawarkan kesempatan bagi remaja untuk memperlihatkan kepemimpinan mereka dan memperoleh keterampilan-keterampilan baru melalui kerelawanan sambil membentuk kemitraan antara remaja dan orang dewasa. Masyarakat juga merupakan situasi ideal untuk menerima informasi kesehatan reproduksi dimana remaja merasa nyaman dan terbuka untuk berdialog dan melakukan penilaian risiko pribadi.

Tabel 9: Karakteristik Layanan Kesehatan Ramah Remaja		
Karakteristik Fasilitas Kesehatan	Karakteristik Petugas	Karakteristik administratif
Jam layanan yang sesuai dan nyaman untuk remaja	Menghormati remaja	Keterlibatan remaja
Lokasi yang tepat dan nyaman	Sikap tidak menghakimi	Anak laki-laki dan pria muda disambut dengan baik
Ruangan memadai dan privasi juga memadai	Privasi dan kerahasiaan sangat dihargai	Rujukan yang diperlukan tersedia
	Konseling sebaya tersedia	Tarif terjangkau
Lingkungan sekitar yang nyaman	Petugas berjenis kelamin sama jika memungkinkan	Klien tanpa janji terlebih dahulu tetap diterima
	Kerahasiaan yang ketat dipertahankan	Publisitas dan rekrutmen yang memberikan informasi dan meyakinkan remaja
	Staf terlatih dalam karakteristik layanan kesehatan ramah remaja	

Pendidik sebaya

Pendidikan sebaya menawarkan banyak keuntungan karena teman sebaya biasanya dipersepsikan sebagai sumber informasi yang aman dan dapat dipercaya. Program pendidikan sebaya yang dirancang dengan baik, didasarkan pada kurikulum dan disupervisi dapat merupakan program yang sukses untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan keterampilan remaja terkait kesehatan reproduksi dan pencegahan HIV. Untuk memastikan kualitas dalam program pendidikan sebaya:

- Memberikan pelatihan berkualitas tinggi dan intensif kepada para pendidik sebaya yang mencakup juga assessment rutin dan memperkuat kapasitas mereka untuk memberikan informasi yang akurat kepada teman sebayanya
- Menggunakan daftar periksa/check list standar dalam pengembangan dan implementasi program pendidikan sebaya untuk meningkatkan kualitas.

Distribusi berbasis masyarakat

Remaja yang dilatih sebagai distributor berbasis masyarakat (DBM) adalah remaja yang telah dilatih untuk memberikan konseling kontrasepsi kepada sebayanya di masyarakat. Mereka biasanya berfokus pada pemberian informasi kesehatan reproduksi, pil KB, kondom dan informasi mengenai HIV, dan merujuk klien ke pusat kesehatan untuk memperoleh metode kontrasepsi dan layanan lain. DBM remaja dapat secara efektif mengintegrasikan informasi kesehatan reproduksi dan HIV. Karena banyak hambatan yang mencegah remaja mengakses layanan kesehatan reproduksi di klinik, melatih DBM remaja merupakan strategi yang berhasil untuk meningkatkan akses remaja terhadap layanan dan informasi kesehatan reproduksi sekaligus memberikan peran kepemimpinan DBM di masyarakat. DBM remaja seringkali menjadi partner bagi layanan kesehatan berbasis fasilitas melalui kerja sama dengan petugas kesehatan dalam meningkatkan kualitas layanan ramah remaja.

Dialog dengan masyarakat

Dalam upaya mengikuti prinsip keterlibatan masyarakat, gunakan dialog dengan masyarakat untuk memperoleh dukungan dari dan membangun keterampilan anggota masyarakat. Orang dewasa memerlukan informasi, keterampilan dan dorongan tidak hanya untuk mendukung penyusunan program kesehatan reproduksi remaja tetapi juga untuk merasa lebih nyaman dalam memberikan informasi kepada remaja.

3.4.4 Memberikan layanan kesehatan reproduksi di sekolah

Buatlah agar layanan dan informasi kesehatan

reproduksi remaja tersedia di sekolah formal dan non formal serta di pusat pelatihan keterampilan. Hubungkan dengan pendidik untuk mengadvokasi penciptaan lingkungan yang mendukung untuk memastikan tersedianya layanan kesehatan reproduksi untuk remaja.

Fasilitas kebersihan yang terpisah menurut jenis kelamin

Remaja kemungkinan merasa tidak nyaman dan malu untuk menggunakan fasilitas kebersihan/toilet dengan orang dengan jenis kelamin berbeda dan bahkan dengan anak-anak yang lebih kecil. Kondisi ini terutama mungkin sekali terjadi untuk remaja putri yang

Tabel 10: Karakteristik Program Keterampilan Hidup yang Efektif*

Pengembangan Kurikulum	Kandungan kurikulum	Implementasi Kurikulum
<ul style="list-style-type: none"> • Melibatkan orang-orang dari latar belakang yang berbeda • Menilai kebutuhan dan aset kelompok target • Merancang kegiatan yang konsisten dengan nilai-nilai masyarakat dan sumber daya yang tersedia (misalnya waktu dan keterampilan staf, ruang fasilitas, suplai) • Melakukan uji coba program 	<ul style="list-style-type: none"> • Fokus pada tujuan-tujuan yang jelas (misalnya pencegahan IMS dan/atau kehamilan) • Memberikan pesan yang jelas terhadap perilaku yang mengarah pada tujuan-tujuan ini (misalnya tidak melakukan hubungan seks, menggunakan kondom dan/atau kontrasepsi lain) • Menangani faktor-faktor risiko dan proteksi yang mempengaruhi perilaku seksual. • Menggunakan metode pengajaran yang kuat dan mencakup berbagai kegiatan yang sesuai dengan budaya, usia dan pengalaman seksual) yang secara aktif melibatkan peserta dan membantu mereka mempersonalisasi informasi. • Mencakup topik-topik yang disajikan dalam urutan yang logis 	<ul style="list-style-type: none"> • Melatih pendidik yang dapat menjangkau remaja • Memastikan dukungan dari pihak berwenang seperti kementerian kesehatan, dinas pendidikan atau organisasi masyarakat • Menciptakan lingkungan yang aman agar remaja bisa berpartisipasi • Merekrut remaja dan mengatasi hambatan-hambatan terhadap keterlibatan remaja (misalnya mempublikasikan program, menawarkan makanan, memperoleh persetujuan orang tua) • Mengajarkan kurikulum secara penuh.

* Diadaptasi dari Kirby, D dkk. *Impact of Sex and HIV Education Programmes on Sexual Behaviors of Youth in Developing and Developed Countries. Youth Net, Youth Research Working Paper No. 2, 2005.*

tengah mengalami menstruasi. Selain itu, fasilitas kamar mandi yang digunakan bersama baik oleh pria dan wanita seringkali disebut sebagai lokasi kekerasan berbasis gender di sekolah. Kurangnya fasilitas kebersihan/toilet yang terpisah untuk jenis kelamin berbeda serta kurangnya produk pembersih/hygiene untuk wanita akan membuat remaja putri tidak ingin datang ke sekolah. Untuk meminimalkan jumlah hari remaja putri tidak sekolah dan pelecehan seksual serta kekerasan seksual di sekolah serta untuk mendorong lingkungan belajar yang lebih aman:

- Pastikan adanya fasilitas kebersihan/toilet yang aman dan terpisah untuk laki-laki dan perempuan di sekolah.
- Sediakan kain atau bahan lain yang sesuai budaya setempat untuk digunakan pada saat menstruasi bagi remaja putri.

Pendidikan keterampilan hidup berbasis kurikulum

Program pendidikan mengenai seksualitas dan HIV yang didasarkan pada suatu kurikulum tertulis dan diimplementasikan di kelompok remaja merupakan suatu intervensi yang menjanjikan untuk mengurangi perilaku risiko seksual remaja. Manajer program seringkali membuat kurikulum yang cocok dengan konteks lokal. Karakteristik kurikulum keterampilan hidup yang memiliki dampak terhadap perilaku remaja dipaparkan dalam Tabel 10.

Petugas kesehatan reproduksi dan manajer program dapat menyediakan bantuan teknis kepada para guru dan pendidik masyarakat untuk memastikan bahwa mereka merasa nyaman dalam membahas masalah ini dan memilih pelajaran yang sesuai untuk kurikulum keterampilan hidup (lihat Kotak 20).

Kotak 20: Keterampilan Perencanaan Hidup

Pendidikan keterampilan perencanaan hidup mencakup:

- Perubahan-perubahan fisik dan emosi yang diharapkan terjadi selama pubertas
- Keluarga berencana
- Kesehatan mental
- Keterampilan hidup yang sesuai dengan usia untuk remaja yang lebih muda seperti mengidentifikasi nilai, memahami konsekuensi dari suatu perilaku
- Keterampilan hidup terkait kesehatan reproduksi seperti rasa percaya diri bahwa ia mampu memakai kondom, menegosiasikan seks aman, menolak hubungan seks yang tidak diinginkan
- Seksualitas dan gender (termasuk norma gender yang dibentuk secara sosial)
- Pemahaman terhadap kesehatan dan kesadaran akan fertilitas
- Pencegahan HIV/AIDS
- Pencegahan kekerasan berbasis gender
- Jejaring ke fasilitas kesehatan, mendorong remaja untuk mencari pertolongan di fasilitas ini
- Keterampilan hidup lain seperti membuat keputusan, pemikiran kritis, kreatifitas, memegang nilai, komunikasi, mengatasi emosi dan stress

3.5 Berkoordinasi dan membuat jejaring dengan program-program untuk remaja

Berjejaring dan berkoordinasi antar program untuk remaja akan memungkinkan penyediaan layanan yang lebih komprehensif.

- Menghubungkan layanan kesehatan reproduksi dengan layanan masyarakat untuk remaja: Remaja seringkali mencari orang dewasa yang mereka percayai di tempat-tempat aman yang bisa mereka gunakan sebagai tempat yang dirasakan aman untuk berbagi informasi. Seringkali, orang-orang tsb bekerja di tingkat masyarakat. Kembangkan sistem rujukan untuk memastikan bahwa remaja menerima perlakuan yang sesuai untuk masalah yang mungkin terungkap di luar klinik (misalnya kekerasan seksual, kehamilan yang tidak diinginkan atau aborsi yang tidak aman).
- Memastikan penyusunan program multi sektor: Para praktisi kesehatan reproduksi mungkin tidak mampu, atau memiliki keterampilan, untuk memasukkan komponen keterampilan livelihood/mata pencaharian dalam program mereka. Dengan berkoordinasi dengan kluster/sektor kesehatan, bermitralah dengan manajemen kamp dan kelompok koordinator cluster lain untuk membentuk jejaring antara program remaja, kesehatan dan perlindungan, layanan psikososial, pendidikan dan livelihood. Dukung implementasi pelatihan keterampilan dan pengembangan keterampilan untuk remaja karena implementasi tersebut akan meningkatkan rasa mampu mengendalikan dan optimisme terhadap masa depan serta merupakan komponen penting untuk merekonstruksi dan merehabilitasi jejaring sosial dan masyarakat, baik selama dan setelah krisis kemanusiaan terjadi. Bekerjasamalah dengan program pengembangan keterampilan remaja sebagai sumber rujukan dan untuk mengintegrasikan informasi kesehatan reproduksi ke dalam program terkait mata pencaharian/livelihood.
- Melibatkan pria dan remaja putra sebagai agen perubahan sosial: Norma sosial yang kaku telah dikaitkan dengan peningkatan pengambilan risiko seksual yang dapat mengarah ke angka penularan IMS dan HIV yang lebih tinggi serta peningkatan penggunaan narkoba dan kekerasan berbasis gender. Kondisi-kondisi di lokasi bencana dapat bersifat menantang bagi pria yang mungkin merasa tertekan untuk melaksanakan peran tradisional mereka sebagai pencari nafkah dan pelindung karena mereka menjadi tergantung pada bantuan luar. Rasa frustrasi dan malu yang terjadi dapat mengarah ke peningkatan perilaku berisiko dan kekerasan dalam rumah tangga. Remaja putra memerlukan lingkungan yang aman tempat norma pria alternatif dapat menjadi model sementara dekonstruksi norma sosial tradisional dilakukan. Carilah dukungan dari pria dan anak laki-laki: berikan kesempatan bagi mereka untuk memenuhi kebutuhan mereka dan secara aktif terlibat dalam kesehatan reproduksi sehingga akan menguntungkan bagi remaja putri dan remaja putra.
- Pemberdayaan dan sosialisasi remaja putri: Bekerja dengan kelompok-kelompok yang hanya terdiri dari remaja putri merupakan cara ideal untuk mengatasi norma sosial yang diterapkan pada wanita dalam bentuk sikap yang pasif, tunduk dan lebih rendah daripada pria. Dorong para remaja putri untuk bersuara dan kuatkan keyakinan dan nilai-nilai yang mereka pegang sehingga akan meningkatkan potensi mereka untuk berkontribusi secara setara dalam masyarakat. Situasi bencana seringkali membuat masyarakat menjadi protektif terhadap peran tradisional wanita. Rancanglah program dengan memperhatikan pemberdayaan wanita.

3.6 Advokasi

Sensitisasi dan orientasi orang-orang yang berpengaruh dan yang merupakan bagian dari komunitas pemberi bantuan kemanusiaan serta komunitas yang dilayani untuk kerentanan kesehatan reproduksi, kebutuhan spesifik dan hak-hak remaja.

Petugas kesehatan reproduksi, manajer kesehatan reproduksi dan pemberi layanan kesehatan reproduksi harus merupakan agen-agen perubahan dan:

- Lakukan advokasi untuk informasi dan layanan untuk remaja untuk memastikan bahwa layanan yang tersedia bersifat ramah remaja;
- Terlibat dalam kegiatan peningkatan kesadaran di dalam masyarakat, seperti “open day” kegiatan terbuka dan dialog
- Soroti kebutuhan remaja dengan petugas dan pembuat kebijakan.

4. Pertimbangan-pertimbangan hak asasi manusia dan hukum

4.1 Standard-standard hak asasi manusia

Kategori remaja (10-19 tahun) mencakup anak-anak yang didefinisikan oleh Konvensi Hak-Hak Anak (KHA) sebagai “semua manusia yang berada di bawah usia delapan belas tahun kecuali jika undang-undang yang berlaku pada anak mayoritas usia dewasa dicapai lebih dini”. KHA mengeluarkan daftar proteksi khusus yang menjadi hak anak-anak yang melekat pada status mereka sebagai anak-anak. Konvensi ini juga mengenali “kapasitas yang berkembang pada anak”. Ini berarti bahwa “pada saat anak meningkatkan kompetensi yang mereka memiliki, sejalan dengan itu maka kebutuhan untuk arahan akan berkurang dan kapasitas yang lebih besar untuk bertanggung jawab terhadap keputusan-keputusan yang mempengaruhi kehidupan mereka akan muncul”. Anak-anak memiliki hak

untuk mengekspresikan pandangan mereka dalam semua hal yang mempengaruhi mereka dan beban yang melekat pada pandangan-pandangan ini harus disesuaikan dengan usia dan kematangan jiwa anak.

Dalam mempertimbangkan isu-isu kesehatan dan perkembangan remaja, Komite Hak anak mengeluarkan suatu komentar umum yang menginterpretasi bahwa KHA mengharuskan negara untuk memberikan akses terhadap informasi dan layanan seksual dan reproduksi. Komentar ini didasarkan pada serangkaian hak yang tercakup dalam KHA termasuk hak untuk tidak didiskriminasi, hak untuk sehat, hak untuk memperoleh informasi, hak untuk memperoleh privasi, hak untuk mengungkapkan pendapat dan hak untuk memperoleh perlindungan dari semua bentuk kekerasan, pengabaian, kekerasan dan eksploitasi termasuk praktek-praktek tradisional yang berbahaya. Hak-hak ini juga tercakup dalam instrumen hak asasi manusia internasional. Hak-hak ini berlaku pula pada remaja non anak dan mungkin dilanggar ketika:

- Remaja tidak memiliki akses terhadap layanan dan informasi kesehatan reproduksi karena usianya;
- Informasi dan layanan kesehatan reproduksi tidak tersedia untuk remaja putri yang belum menikah karena status mereka yang belum menikah;
- Remaja yang hidup dengan HIV menjadi tidak diuntungkan dalam kondisi pendidikan formal dan non formal serta lingkungan sosial;
- Remaja putri terkena dampak dari praktek-praktek tradisional berbahaya seperti mutilasi genital perempuan/ sunat perempuan, pernikahan dini, pernikahan paksa dan pemeriksaan keperawanan;
- Persetujuan orang tua (atau wali) menjadi syarat untuk memberikan layanan kesehatan reproduksi kepada remaja;
- Petugas kesehatan membuka status remaja dengan HIV ke pihak ketiga tanpa

memperoleh persetujuan resmi dari remaja untuk mengungkapkan informasi tersebut;

- Petugas kesehatan mengungkapkan fakta bahwa remaja putri melakukan aborsi atau mencari perawatan pasca aborsi kepada pihak ketiga tanpa memperoleh persetujuan resmi dari remaja untuk mengungkapkan informasi tersebut;

4.2 Tantangan dan kesempatan

Dalam sejumlah kasus, manajer program kesehatan reproduksi dan pemberi layanan kesehatan reproduksi mungkin menghadapi keputusan yang sulit atau dilema. Mungkin mereka akan menemukan bahwa kemampuan mereka untuk memastikan bahwa hak-hak asasi remaja dilindungi menjadi dibatasi oleh perundangan nasional, norma sosial atau budaya atau kesalahpahaman konsep medis. Praktek dan hukum semacam itu dapat bertentangan dengan prinsip-prinsip hak asasi manusia yang telah diterima secara internasional seperti:

- Penyedia layanan kesehatan reproduksi mungkin diminta oleh keluarga seorang remaja untuk melakukan pemeriksaan keperawanan (selaput dara) untuk mengetahui apakah ia sudah pernah melakukan hubungan seksual atau pernah diperkosa. Pemeriksaan semacam ini tidak memiliki validitas medis dan merupakan pelanggaran terhadap hak-hak remaja jika dilakukan tanpa persetujuan tindakan yang berdasarkan informasi dari remaja tersebut.
- Manajer dan pemberi layanan dapat patah semangat saat akan mengawali suatu program pemberian informasi atau layanan kepada remaja akibat keyakinan yang umum tetapi salah yaitu bahwa akses terhadap informasi mengenai kesehatan reproduksi dan seksualitas dapat mendorong remaja untuk terlibat dalam kegiatan seksual. Bahkan informasi yang akurat dan mudah diakses akan mendukung kemampuan remaja untuk membuat keputusan yang sehat dan penolakan untuk

memberikan informasi ini kepada remaja merupakan suatu pelanggaran hak mereka.

Sebagai manajer atau pemberi layanan kesehatan reproduksi, mungkin saja anda akan menghadapi masalah-masalah yang sulit seputar pemberian informasi dan layanan kesehatan reproduksi kepada anak-anak dan remaja. Anda harus menyadari posisi badan/ organisasi anda dalam masalah-masalah kesehatan reproduksi ini dan memasukkannya sebagai bagian dari analisis anda terhadap situasi dan kemungkinan langkah selanjutnya. Jika anda menemukan diri anda menghadapi situasi seperti yang dipaparkan di atas, prioritas utama anda haruslah berada pada kepentingan terbaik klien dengan berfokus pada keselamatan dan kesehatannya. Keselamatan anda dan rekan kerja anda juga sangat penting untuk dipertimbangkan.

Berdasarkan penilaian anda terhadap situasi yang ada, anda mungkin ingin:

- Berbicara dengan supervisor anda;
- Mendiskusikan pilihan-pilihan yang memungkinkan untuk diambil oleh klien anda termasuk informasi mengenai organisasi hak-hak anak dan hak-hak perempuan setempat yang mungkin bisa membantu klien;
- Mengeksplorasi cara untuk memobilisasi dukungan masyarakat untuk layanan kesehatan reproduksi ramah remaja;
- Mempertimbangkan bagaimana anda dapat mendukung upaya advokasi jika badan atau lembaga tempat anda bekerja terlibat dalam advokasi masalah ini;
- Dengan tetap melindungi kerahasiaan klien anda, identifikasi bagaimana cara menghadapi/menangani situasi semacam itu di masa depan bersama rekan sejawat anda;
- Ungkapkan kekhawatiran-kekhawatiran anda dalam rapat koordinasi kesehatan.

5. Monitoring

Untuk memastikan bahwa remaja menggunakan layanan kesehatan reproduksi yang tersedia dan menerima informasi kesehatan reproduksi, indikator-indikator kesehatan reproduksi harus dipisahkan berdasarkan usia dan jenis kelamin. Lihat Bab 4 untuk indikator-indikator yang bersifat spesifik untuk remaja. Lihat di bawah ini untuk indikator-indikator kunci kesehatan reproduksi.

Indikator-Indikator Kunci kesehatan reproduksi remaja:

- Proporsi IMS di kalangan remaja di bawah usia 18 tahun.
- Proporsi melahirkan di kalangan remaja di bawah usia 18 tahun
- Penggunaan kondom yang dicatat secara terpisah berdasarkan jenis kelamin dan usia

Inter-Agency Working Group (IAWG) on the Role of Community Involvement in Adolescent Sexual and Reproductive Health, December 2007. http://www.unfpa.org/upload/lib_public_file/781_filename_iawg_ci.pdf

Adolescent Friendly Health Services: Agenda for Change. WHO, WHO/FCH/CAH/02.14. http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_FCH_CAH_02.14.pdf

Senderowitz J, Solter C and Hainsworth G. *Clinic Assessment of Youth Friendly Services: A tool for Assessing and Improving Reproductive Health Services for Youth*. *Pathfinder International, 2002*. <http://www.pathfinder.org/site/DocServer/mergedYFStool.pdf?docID=521>

Adolescent Reproductive and Sexual Health Toolkit for Humanitarian Settings. UNFPA and Save the Children, 2009. <http://www.savethechildren.org/programs/health/publications.html>

6. Bacaan Lanjutan

Community Pathways to Improved Adolescent Sexual and Reproductive Health: A conceptual framework and suggested outcome indicators.



5

BAB LIMA

**Keluarga
Berencana**
Daftar Isi

1. PENDAHULUAN	111
2. TUJUAN	112
3. PENYUSUNAN PROGRAM	112
3.1 Needs assessment/penilaian kebutuhan	113
3.2 Layanan keluarga berencana berkualitas tinggi	115
3.3 Logistik kontrasepsi	115
3.4 Kesempatan untuk layanan KB	116
3.5 Sumber daya manusia	117
3.6 Komunikasi, informasi dan edukasi	117
3.7 Pelatihan penyedia layanan KB	117
3.8 Penyediaan layanan keluarga berencana	119
3.9 Metode keluarga berencana	121
3.10 Keluarga berencana pasca melahirkan	133
3.11 Keluarga berencana untuk ODHA	134
3.12 Infertilitas	134
3.13 Keterlibatan laki-laki dalam program keluarga berencana	135
3.14 Advokasi	135
4. PERTIMBANGAN HAK ASASI MANUSIA DAN HUKUM	136
4.1 Standar hak asasi manusia	136
4.2 Tantangan dan Kesempatan	136
5. MONITORING	137
6. BACAAN LANJUTAN	138

*Semua orang memiliki hak untuk layanan
dan informasi Keluarga Berencana*

1 Pendahuluan

Keluarga Berencana (KB) memungkinkan individu dan pasangan-pasangan untuk mengantisipasi dan memperoleh jumlah anak yang mereka inginkan dan mengatur waktu kelahiran anak. Ini dapat dicapai dengan penggunaan metode kontrasepsi dan pengobatan infertilitas secara sukarela. Kemampuan perempuan untuk menentukan jarak dan membatasi kehamilannya akan memberikan dampak langsung terhadap kesehatan dan kesejahteraannya sekaligus terhadap hasil akhir dari setiap kehamilan.

Pemakaian metode KB berpotensi untuk menghindari 32% dari semua kematian ibu dan hampir 10% kematian anak, sekaligus menurunkan angka kemiskinan dan kelaparan.

Keluarga Berencana

Selain itu, penggunaan metode KB berperan terhadap pemberdayaan perempuan, pendidikan dan stabilitas ekonomi. Terkait dengan risiko kesehatan yang berhubungan dengan kehamilan, infeksi menular seksual (IMS) termasuk human immunodeficiency virus (HIV), dan aborsi tak aman, seks tanpa pelindung dan seks tidak aman merupakan faktor risiko kedua untuk kecacatan dan kematian di masyarakat-masyarakat termiskin di dunia. Metode KB merupakan cara yang aman, efektif dan murah untuk disediakan.

2. Tujuan

Tujuan bab ini adalah untuk:

- Memberikan petunjuk untuk para manajer program kesehatan reproduksi dan penyedia layanan kesehatan reproduksi terkait dengan kebutuhan, metode, efektivitas dan kesesuaian layanan KB di situasi darurat;
- Menggambarkan faktor-faktor yang diperlukan dalam menyediakan layanan KB, termasuk needs assessment, koordinasi, perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan pengkajian.

3. Penyusunan program

Populasi yang terdampak, baik laki-laki maupun perempuan, harus terlibat dalam semua aspek penyusunan program KB, termasuk kesukarelaan dan pilihan. Para pemimpin agama dan tokoh masyarakat juga harus dilibatkan untuk memastikan bahwa layanan yang diberikan sesuai dengan budaya setempat. Situasi di daerah yang terkena dampak bencana atau

situasi negara asalnya merupakan faktor yang penting dan akan mempengaruhi harapan, persepsi kebutuhan dan permintaan akan layanan keluarga berencana. Undang-undang, infrastruktur, nilai-nilai agama dan etika, latar belakang budaya dan kompetensi serta keterampilan penyedia layanan kesehatan dari negara yang saat ini ditempati juga mempunyai pengaruh penting terhadap layanan yang dapat ditawarkan.

Pada permulaan respon bencana, beberapa perempuan mungkin akan berusaha untuk melanjutkan metode kontrasepsi yang biasa mereka gunakan sebelum krisis atau bencana terjadi. Meskipun program KB komprehensif bukan merupakan bagian dari Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM), sangatlah penting untuk membuat metode kontrasepsi dasar tersedia guna memenuhi permintaan para perempuan untuk melanjutkan KB mereka. Kondom harus tersedia sejak awal respon bencana untuk mencegah penularan IMS, termasuk HIV, dan kehamilan yang tidak diinginkan (lihat Bab 2: Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM)).

Segera setelah situasi stabil, perempuan (dan pasangan mereka) mungkin ingin memulai, mengganti atau menghentikan suatu metode kontrasepsi. Konseling KB harus dilakukan sebelum suatu metode KB diberikan kepada mereka dan harus secara realistis mencerminkan metode yang ada karena layanan KB lengkap mungkin belum tersedia hingga tahap selanjutnya dari program.

Setiap klien KB memiliki hak atas kerahasiaan dan privasi serta untuk secara sukarela memilih suatu metode KB. Metode kontrasepsi umumnya digunakan oleh perempuan tetapi laki-laki seringkali merupakan pengambil keputusan dalam keluarga. Oleh karena

itu, para laki-laki tersebut harus menerima informasi yang tepat dan didorong untuk mengambil peran aktif dalam proses pengambilan keputusan KB. Keterlibatan aktif ini akan memastikan bahwa tanggung jawab bersama melekat pada pengambilan keputusan ber-KB dan akan memaksimalkan penerimaan program di masyarakat. Pengecualian tentunya akan diterapkan jika keterlibatan laki-laki malah akan membahayakan keamanan pasangan perempuannya.

Protokol yang akan digunakan untuk menangani layanan KB di daerah atau negara asal mungkin berbeda dengan yang digunakan di negara yang saat ini ditempati populasi terdampak tersebut. Protokol yang diterapkan di daerah yang ditempati harus diikuti, meskipun sejumlah negosiasi, dengan mempertimbangkan standar internasional, mungkin perlu dilakukan jika terdapat perbedaan-perbedaan.

3.1 Needs Assessment/penilaian kebutuhan

Dengan berkoordinasi dengan pelaku kesehatan lain melalui mekanisme cluster kesehatan, mengumpulkan informasi latar belakang tentang kesehatan reproduksi dari populasi yang terkena dampak. Sumber-sumber untuk informasi ini mencakup Kementerian Kesehatan (Kemenkes), UNAIDS, UNFPA, WHO, pemuka agama dan tokoh masyarakat dan lembaga-lembaga pemerintah dan non pemerintah yang bekerja di bidang kesehatan reproduksi dan KB. Kantor pusat atau kantor regional lembaga-lembaga tersebut dapat membantu anda untuk memperoleh informasi ini.

Lakukan suatu kajian terhadap lembaga-lembaga dan/atau program-program KB nasional, multilateral atau bilateral yang sudah ada sebelum terjadi krisis atau di negara asal untuk kasus pengungsian, untuk mencari kesempatan kerjasama dan untuk mengidentifikasi perbedaan protokol yang perlu

dipecahkan. Setiap layanan yang disediakan harus tersedia baik untuk populasi pengungsi maupun masyarakat ditempati/tuan rumah.

Untuk memahami kebutuhan dan permintaan KB di kalangan populasi terdampak, anda harus:

- Menyelidiki kepercayaan serta kebudayaan masyarakat mereka dan sikap mereka terhadap kontrasepsi
- Menilai kompetensi penyedia layanan potensial untuk menyediakan kontrasepsi, termasuk metode-metode tradisional
- Mengumpulkan informasi mengenai prevalensi kontrasepsi berdasarkan metode
- Melakukan verifikasi ketersediaan supply dan kesinambungan supply
- Menentukan ketersediaan dan fungsi dari fasilitas yang ada

Larangan, keyakinan agama atau penolakan untuk mengakui hak reproduksi perempuan mungkin akan memicu pertentangan terhadap keluarga berencana. Carilah dukungan dari masyarakat dan tokoh masyarakat serta pemimpin agama untuk kampanye Komunikasi, Informasi dan Edukasi yang menekankan pada penjarangan kelahiran, kehamilan dan persalinan yang aman serta kesehatan perempuan. Libatkan juga anggota masyarakat (pria, wanita dan remaja) dan tokoh masyarakat dalam menyusun layanan KB. Tanpa dukungan mereka, program layanan KB akan menghadapi risiko kecaman dari masyarakat.

Lakukan diskusi dengan kaum laki-laki, perempuan (termasuk para tokoh, penyedia pengobatan tradisional, dukun bayi), remaja dan organisasi setempat untuk memperoleh saran mengenai lokasi tempat penyelenggaraan layanan, waktu layanan di fasilitas kesehatan dan tingkat privasi dan kerahasiaan yang diperlukan untuk memastikan penggunaan layanan secara maksimal dan dapat diterima. Diskusi dapat dilakukan untuk laki-laki secara terpisah dari para perempuan, tergantung pada budaya dan norma-norma lokal (yaitu kelompok fokus yang terdiri dari

Pil Kontrasepsi Darurat merupakan suatu metode back-up untuk kontrasepsi darurat yang dapat digunakan oleh perempuan dalam waktu lima hari pertama setelah hubungan seks tanpa pelindung untuk mencegah kehamilan yang tidak diinginkan. Penyedia layanan KB harus mengetahui bahwa kontrasepsi darurat tidak menyebabkan aborsi. Kontrasepsi darurat mencegah ovulasi dan tidak efektif jika proses pembuahan telah terjadi. Kontrasepsi darurat tidak mempengaruhi kehamilan yang sudah ada.* (Lihat juga paragraf 3.9.5 di bawah dan Bab 2, paragraf 3.2.3.)

* *Emergency Contraception*, Fact sheet No 244, WHO, Direvisi bulan Oktober 2005.

kelompok perempuan lokal).

Manajer program dan penyedia layanan kesehatan reproduksi juga harus mengenal peraturan perundang-undangan nasional serta kebijakan-kebijakan di negara tempat

mereka bekerja terkait dengan isu-isu keluarga berencana di bawah ini:

- Bagaimana undang-undang dan kebijakan mengenai akses ke informasi keluarga berencana dan layanan keluarga berencana?
- Apakah terdapat undang-undang atau kebijakan terkait akses universal ke informasi dan layanan KB?
- Apakah terdapat undang-undang atau kebijakan yang membatasi akses untuk orang-orang tertentu (remaja, perempuan yang belum menikah, dll.) terhadap informasi atau layanan KB?
- Apakah terdapat undang-undang atau kebijakan terkait penyediaan pil kontrasepsi darurat? Bagaimana kontrasepsi darurat disediakan bagi perempuan?
- Apakah terdapat persyaratan terkait pernikahan, persetujuan orang tua, atau wali untuk pemberian informasi dan layanan KB untuk remaja? Apakah kapasitas dan kepentingan terbaik para remaja

Kotak 21: Keluarga Berencana Berkualitas Tinggi

KB dengan kualitas tinggi berarti bahwa:

- Layanan bersifat nyaman, mudah diakses dan dapat diterima oleh klien
- Kerahasiaan informasi dan privasi fisik dipastikan terjaga.
- Penyedia layanan adalah staf terlatih dan kompeten untuk memberikan konseling yang sesuai kepada klien dan menyediakan waktu yang cukup untuk konseling.
- Penyedia layanan memiliki keterampilan teknis yang diperlukan dan memiliki akses ke panduan dan protokol pemberian layanan serta suply komoditi KB yang berkesinambungan.
- Serangkaian metode KB tersedia.
- Kebutuhan klien dinilai.
- Pilihan berdasarkan informasi dipastikan: informasi lengkap dan akurat mengenai metode yang tersedia ditawarkan.
- Konseling spesifik untuk setiap metode dilakukan.
- Standar yang disarankan dalam protokol nasional atau internasional selalu dipatuhi.
- Klien diberi persediaan lanjutan untuk pilihan metode mereka tepat waktu, penanganan komplikasi terjamin dan ketika klien ingin mengganti metodenya, pilihan-pilihan alternatif ditawarkan.
- Suatu sistem logistik diterapkan untuk memastikan persediaan komoditi KB yang berkesinambungan

dipertimbangkan dalam undang-undang atau kebijakan yang mengatur akses remaja ke informasi dan layanan KB?

- Apakah terdapat persyaratan untuk memperoleh persetujuan pasangan atau persyaratan status lain (usia, jumlah anak) untuk perempuan yang akan menjalani sterilisasi atau mengakses jenis layanan KB lain?

membuat keputusan berdasarkan informasi, menyediakan serangkaian metode yang bisa dipilih, prosedur yang aman dan layanan yang berkesinambungan. Penyedia layanan harus memberikan informasi yang akurat dan lengkap kepada klien sehingga baik perempuan maupun laki-laki yang datang padanya dapat dengan sukarela memilih metode yang cocok dengan kebutuhan mereka.

3.2 Layanan Keluarga Berencana Berkualitas Tinggi

Layanan KB berkualitas tinggi dapat memenuhi kebutuhan perorangan dan pasangan-pasangan pada setiap tahapan kehidupan reproduksi mereka dengan memberi kesempatan pada mereka untuk

3.3 Logistik Kontrasepsi

Pada awal diberikannya bantuan kemanusiaan, pastikan bahwa penyedia layanan dapat memenuhi permintaan akan kelanjutan kontrasepsi. Metode-metode kontrasepsi dasar termasuk di dalam RH kit antar lembaga

Kotak 22: Langkah-Langkah Dasar Penanganan Stok Kontrasepsi

- **Pilih metode kontrasepsi.** Dasar pemilihan metode-metode yang akan disediakan adalah: pemakaian kontrasepsi di masa lalu pada komunitas sasaran dan pengguna yang masih memakai metode tersebut, keterampilan penyedia layanan, praktik lokal, hukum dan budaya setempat serta kesempatan untuk menawarkan pilihan kepada klien.
- **Hitung jumlah yang harus dibeli.** Estimasi awal biasanya didasarkan pada data Kemenkes dan selanjutnya didasarkan pada data yang diperoleh dari populasi pengungsi. Kaji ulang program dan rencana pengadaan barang secara teratur sehingga jumlahnya dapat disesuaikan untuk mencerminkan kebutuhan populasi yang mungkin berubah cepat dalam hal ukuran dan komposisinya.
- **Buat sistem pencatatan.** Buat sebuah sistem yang mengumpulkan data logistik dari tempat-tempat penyediaan layanan dan buatlah laporan bulanan atau triwulanan ke lembaga yang bertanggung jawab untuk supply ulang. Data yang dikumpulkan dan dilaporkan harus mencakup:
 - ▶ Stok yang ada saat ini di fasilitas KB
 - ▶ Produk yang hilang, rusak atau kadaluarsa
 - ▶ Konsumsi (angka konsumsi untuk setiap produk)
- **Buat prosedur manajemen logistik.** Buat prosedur-prosedur untuk mengatur pengadaan dan kontrol inventaris kontrasepsi secara efisien (penyimpanan, transportasi dan distribusi). Pelaporan yang teratur dan jadwal distribusi merupakan komponen penting dalam prosedur-prosedur tersebut. Tanpa informasi yang tepat waktu mengenai jumlah persediaan dan jumlah konsumsi, pendistribusian jumlah kontrasepsi yang memadai ke penyedia layanan KB menjadi agak sulit. Hindari adanya persediaan yang berlebihan atau kekurangan stok dengan pengaturan logistik yang seksama. Tunjuk seorang supervisor (dengan satu 'orang kedua') yang bertugas untuk melaksanakan tugas-tugas spesifik di atas.

Contoh formulir pencatatan dan pelaporan dapat ditemukan dalam buku-buku rujukan di bagian Bacaan Lebih Lanjut.

(lihat Bab 2: PPAM, paragraf 3.5, hal. 46). Segera setelah PPAM dilaksanakan, klien harus memiliki akses ke konseling dan layanan KB dan diberikan metode kontrasepsi yang telah dipilihnya. Stok kontrasepsi tambahan dan kisaran metode yang lebih luas untuk program KB komprehensif harus dipesan. Sesegera mungkin, beralihlah dari memesan RH kit ke suatu sistem logistik terpadu, yang didasarkan pada permintaan klien, untuk memastikan ketersediaan berkelanjutan dari berbagai metode dan menghindari terbuangnya kontrasepsi. Latih atau rekrutlah staf dengan keterampilan mengelola rantai supply untuk memastikan pengiriman pesanan yang tepat waktu dan menghindari kekosongan stok. Teliti jalur supply lokal dan jika jalur tersebut tidak memadai, supply harus diperoleh melalui pemasok resmi atau dengan dukungan dari UNFPA, UNHCR atau WHO. Lembaga-lembaga ini dapat memfasilitasi pembelian kontrasepsi berkualitas baik dalam kuantitas besar dengan harga murah untuk menghindari kehabisan stok. Tempatkan supply sedekat mungkin dengan populasi terdampak.

3.4 Kesempatan untuk Layanan KB

Rancanglah layanan KB sehingga mudah diakses dan nyaman. Lakukan layanan KB di pusat kesehatan masyarakat, pos kesehatan dan melalui jalur distribusi berbasis masyarakat. Beberapa kelompok seperti remaja (lihat Bab 4: Kesehatan Reproduksi Remaja, paragraf 3.3) dan perempuan yang belum menikah mungkin memerlukan pertimbangan khusus agar mereka merasa nyaman menggunakan layanan dan terhindar dari risiko stigmatisasi oleh masyarakat. Ketersediaan kontrasepsi di tempat-tempat konsultasi merupakan hal yang sangat penting: jangan membuat layanan yang mengharuskan klien untuk memperoleh metode KB tertentu di apotik atau lokasi lain. Perkecualian adalah untuk metode-metode yang memerlukan prosedur pembedahan yang tidak tersedia di tempat layanan konsultasi (misalnya sterilisasi

sukarela). Terapkan suatu sistem rujukan untuk klien-klien yang memilih KB yang memerlukan prosedur pembedahan.

Integrasikan konseling dan metode KB ke dalam perawatan aborsi aman (SAC/ Safe Abortion Care), perawatan pasca aborsi (PAC/Post Abortion Care), IMS, HIV, perawatan antenatal dan layanan masa nifas untuk memberikan kesempatan pada klien yang mungkin tidak terjangkau jika layanan-layanan tersebut tidak digabungkan.

Untuk memastikan adanya integrasi KB ke dalam layanan-layanan yang lebih komprehensif, para petugas kesehatan reproduksi, manajer program dan penyedia layanan KB harus menerapkan petunjuk berikut ini:

- Pastikan bahwa informasi KB diberikan selama konseling layanan aborsi aman atau layanan pasca aborsi sebelum prosedur apapun dilakukan dan jika klien tertarik, pilihan metode KBnya harus tersedia dalam konseling pasca prosedur.
- Ketika seorang perempuan, laki-laki atau remaja datang untuk mendapat perawatan dan pengobatan IMS, termasuk HIV, tanyakan apakah ia menggunakan KB atau tidak, berikan konseling mengenai metode-metode spesifik dan sediakan metode yang dipilihnya. Layanan kontrasepsi untuk laki-laki masih terbatas pada kondom dan sterilisasi sukarela, tetapi mereka juga dapat terlibat dalam pemilihan metode KB lain bersama pasangan mereka.
- Ketika seorang perempuan atau remaja putri datang untuk memeriksa kehamilan, tanya apakah ia menggunakan metode KB sebelum hamil dan apakah ia ingin melanjutkan metode tersebut atau memulai metode KB baru setelah melahirkan.
- Ketika seorang perempuan datang untuk mendapatkan layanan nifas, tanyakan apakah ia menggunakan metode KB atau tidak, lalu lakukan konseling berdasarkan kebutuhannya.

3.5 Sumber Daya Manusia

- Aturlah suatu sistem supervisi layanan KB dengan seorang perawat, bidan atau dokter yang memiliki pengalaman manajemen.
- Identifikasikan dan rekrut anggota masyarakat yang terdampak atau staf lokal dari masyarakat setempat yang memiliki keterampilan dan pengalaman untuk memberikan layanan KB berkualitas.
- Pastikan adanya supervisi dan pelatihan petugas lapangan untuk melaksanakan pendistribusian berbasis masyarakat. Masukkan hal-hal berikut ke dalam pelatihan petugas lapangan: cara mengenali masalah-masalah medis yang harus dirujuk, keterampilan untuk menindaklanjuti klien, dan bagaimana cara menangani sikap dan keyakinan terhadap KB. Ciptakan kesadaran di kalangan masyarakat bahwa para petugas lapangan ini berada di bawah supervisi perawat atau dokter dan klien dapat menemui perawat atau dokter tersebut jika membutuhkan layanan klinis atau konseling.

Seperti halnya semua layanan kesehatan reproduksi, semua orang yang terlibat dalam pemberian layanan KB harus menghormati pendapat dan pilihan klien. Untuk memastikan penggunaan kontrasepsi yang berkesinambungan dan meningkatkan penerimaan layanan KB, penyedia layanan harus berjenis kelamin sama dengan klien dan memiliki latar belakang budaya yang sama dengan klien, serta memiliki keterampilan berkomunikasi yang kuat. Untuk memastikan adanya dukungan administratif, teknis dan rujukan, harus ada koordinasi dan kerjasama di dalam mekanisme koordinasi cluster kesehatan, program KB nasional dan dengan LSM-LSM serta lembaga-lembaga PBB yang terlibat dalam keluarga berencana. Kerjasama semacam ini juga akan meningkatkan kesinambungan program KB tersebut.

3.6 Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE)

Konseling klien merupakan bagian tak terpisahkan dari layanan KB. Bahan-bahan informasi, edukasi dan komunikasi yang sesuai dan dapat diterima secara budaya akan membantu orang-perseorangan dan para pasangan dalam membuat pilihan kontrasepsi. Informasi tersebut harus mencakup keuntungan dan keterbatasan dari metode-metode KB, penjelasan mengenai pemakaian yang benar dan metode darurat seandainya terjadi kegagalan. Selain itu, bahan-bahan bacaan dengan gambar dan contoh-contoh kontrasepsi untuk diperlihatkan pada klien juga sangat membantu, khususnya di tempat-tempat dimana tingkat melek huruf masih rendah. Pada saat program KB meluas, pastikan bahwa materi KIE diadaptasi untuk meningkatkan kualitas layanan yang disediakan. Contoh-contoh materi KIE diberikan dalam CD-ROM yang menyertai pedoman ini. Buatlah versi KIE dalam bahasa setempat atau buatlah materi dan model sendiri sesuai dengan situasi setempat.

3.7 Pelatihan Penyedia Layanan KB

Semua staf yang memberikan layanan KB harus menerima pelatihan yang memadai tentang metode-metode kontrasepsi dan konseling seperti yang tercantum dalam daftar di bawah ini. Pelatihan harus ditambah dengan penyegaran secara berkala. Pada saat program KB meluas, pelatihan magang dan praktik di bawah supervisi merupakan bagian penting untuk memastikan adanya kinerja yang berkualitas tinggi. Alat bantu dan sumber daya untuk melatih penyedia layanan diberikan dalam CD-ROM.

Unsur-unsur dari program pelatihan penyedia layanan KB terdiri dari:

1. Kompetensi teknik (3.7.1)
2. Keterampilan komunikasi dan konseling (3.7.2).

3. Keterampilan administratif (3.7.3)

3.7.1 Kompetensi Teknik

Petugas penyedia layanan harus memiliki pengetahuan mengenai hal-hal berikut:

- Gambaran metode-metode, termasuk cara penggunaan metode secara benar, keuntungan dan kerugian metode, serta efektivitas metode (lihat Tabel 11: Membandingkan Metode Hormonal Oral dan Aplikasi Lokal, Hal. 123)
- Cara kerja, efek samping dan penanganan efek samping, komplikasi, tanda-tanda bahaya.
- Instruksi untuk penggunaan atau cara pemakaian
- Persyaratan medis dan interaksi obat.
- Keterampilan teknis terkait dengan pemberian setiap metode KB, misalnya pencegahan infeksi, pemasangan dan pelepasan alat KB dalam rahim (IUD) atau susuk hormonal.
- Follow up dan persyaratan supply ulang termasuk memesan supply
- Dokumentasi dan pencatatan
- Rujukan berdasarkan pengambilan keputusan klinis

Untuk metode-metode yang memerlukan keterampilan teknis khusus seperti kontrasepsi suntik, susuk, IUD, sterilisasi sukarela laki-laki dan perempuan, dan pemasangan diafragma, penyedia layanan perlu mengikuti praktik langsung pemberian metode di bawah supervisi ketat dan mempunyai pengalaman konseling untuk metode-metode semacam itu.

3.7.2 Keterampilan Komunikasi dan Konseling

Dalam komponen pelatihan ini, penyedia layanan KB akan memperoleh keterampilan-keterampilan berikut ini:

- Sikap tidak menghakimi terhadap pemakai kontrasepsi dan non-pemakai kontrasepsi dengan menghormati pilihan mereka dan menjaga martabat, privasi dan kerahasiaan klien.
- Menanggapi rumor dan kesalahpahaman dengan bijaksana dan berdasarkan bukti-bukti
- Kepekaan terhadap kebutuhan kelompok-kelompok khusus (misalnya remaja, orang-orang cacat, ODHA)
- Teknik-teknik yang sensitif terhadap budaya, tanpa prasangka;

Kotak 23: Daftar Periksa untuk Menyelenggarakan Layanan KB *

- Penilaian sikap dari berbagai kelompok telah dilakukan
- Prevalensi kontrasepsi negara asal (atau negara yang bersangkutan)
- Kontrasepsi disediakan dan sistem logistik berjalan
- Sistem pencatatan KB berjalan
- Keterlibatan aktif pengguna layanan KB
- Keterlibatan laki-laki, perempuan dan tokoh masyarakat setempat
- Lokasi layanan KB dibangun dengan partisipasi dari populasi terdampak
- Penyedia layanan KB dilatih untuk memberikan layanan KB sesuai dengan yang didefinisikan oleh otoritas nasional

*Beberapa di antara tugas-tugas ini harus dilakukan secara bersamaan.

- Teknik-teknik komunikasi seperti dialog interaktif terbuka dengan klien, mendorong klien untuk berbicara, mendengarkan secara aktif, mengklarifikasi, meminta klien untuk mengungkapkan kembali pemahaman mereka, memahami perasaan klien, merangkum diskusi.
- Mendokumentasikan metode yang dipilih

Melatih penyedia layanan untuk mengembangkan keterampilan komunikasi dalam melakukan konseling dalam jangka waktu terbatas. Penyedia layanan harus dilatih atau mendapatkan informasi terbaru untuk penggunaan bahan edukasi dan mempelajari cara mengidentifikasi klien dengan kebutuhan khusus seperti remaja, mereka yang berisiko tinggi terkena IMS, termasuk HIV, perempuan yang tengah menyusui, dll. Permainan peran akan meningkatkan kompetensi penyedia layanan kesehatan untuk menghadapi kasus-kasus yang berbeda.

3.7.3 Keterampilan Administratif

Keterampilan administratif mencakup penyimpanan catatan, pengendalian inventaris, dan pengawasan distributor berbasis masyarakat. Tekankan pada keterampilan-keterampilan yang diperlukan untuk melakukan tugas-tugas ini, mengapa keterampilan ini penting, dan bagaimana serta kapan tugas-tugas tersebut harus dikerjakan.

3.8 Penyediaan Layanan Keluarga Berencana

Konsultasi Keluarga Berencana

Kontak pertama pertama antara penyedia dan klien melibatkan:

- Pendaftaran dan pencatatan riwayat kesehatan reproduksi dan riwayat medis
- Pemeriksaan fisik (jika diindikasikan dari riwayat) yang mungkin mencakup pemeriksaan panggul (misalnya untuk memeriksa perdarahan dari vagina yang tidak jelas penyebabnya)

- Konseling mengenai metode kontrasepsi yang tersedia dan pilihan klien dengan mempertimbangkan risiko IMS/HIV dan riwayat medis
- Menyediakan metode kontrasepsi pilihan dan penjelasan mengenai cara penggunaannya:
- Lakukan konseling mengenai pemakaian kontrasepsi yang benar kepada klien, termasuk cara penggunaannya dan apa yang harus dilakukan apabila lupa minum dan tempat untuk mengakses kontrasepsi darurat jika diperlukan. Selain itu, jelaskan kemungkinan efek samping dan yakinkan kembali klien bahwa ia dapat kembali ke fasilitas kesehatan kapan saja untuk

Perlindungan Ganda

Banyak orang yang aktif secara seksual membutuhkan perlindungan ganda: perlindungan terhadap kehamilan yang tidak diinginkan dan terhadap IMS termasuk HIV. Kontrasepsi yang dapat memberikan pencegahan kehamilan terbaik tidak dapat melindungi terhadap IMS. Oleh karena itu, pemakaian kondom secara bersamaan dengan alat kontrasepsi lain untuk pencegahan penyakit direkomendasikan. Kondom yang digunakan tersendiri juga dapat melindungi terhadap IMS dan kehamilan jika digunakan secara benar dan konsisten tetapi mempunyai risiko kehamilan yang lebih tinggi dibandingkan dengan penggunaan kondom bersama-sama dengan metode kontrasepsi lain.

penanganan efek samping atau untuk mengganti metode KB.

- Menjadwalkan kunjungan lanjutan atau kunjungan oleh petugas lapangan:
- Berikan tanggal kunjungan ulang kepada pengguna KB baru. Kunjungan lanjutan semacam ini akan memberikan kesempatan kepada klien untuk bertanya mengenai penggunaan kontrasepsi dan efek samping yang mungkin telah dialaminya.

Pada beberapa metode KB seperti pil, kondom dan suntik, klien harus memiliki kontak berulang dengan penyedia layanan distribusi berbasis masyarakat atau perawat untuk memperoleh kontrasepsi. Ketika pengguna telah terbiasa dengan suatu metode, kunjungan lanjutan dapat ditentukan sendiri oleh pengguna. Sesering apapun frekuensi kunjungan lanjutan, klien harus diyakinkan mengenai akses segera jika ia mengalami kesulitan. Ketika mengatur kunjungan lanjutan, penyedia layanan KB harus peka terhadap kemampuan membaca klien dan menggunakan alat bantu yang sesuai untuk memastikan bahwa informasi yang disampaikan dipahami oleh klien.

- Mendokumentasi kunjungan dengan menggunakan materi pengumpulan data standar dan catatan pasien.

Mungkin protokol nasional, alat bantu bekerja atau check list/daftar tilik mungkin tersedia. Pastikan kebenaran teknis dan kesesuaian dengan standard internasional.

Diagnosa kehamilan

Diagnosa kehamilan sangat penting karena seorang penyedia layanan KB tidak boleh memberikan metode KB kepada klien yang sedang hamil. Kemampuan untuk mendiagnosa kehamilan fase awal akan bervariasi tergantung

Gambar 4: Daftar Periksa untuk Menyisihkan Kemungkinan Kehamilan Dini

Tanyakan pertanyaan 1-6 kepada klien. Ketika klien menjawab ya untuk pertanyaan manapun, berhenti dan ikuti instruksi.

TIDAK	1. Apakah anda pernah melahirkan kurang dari 6 bulan yang lalu, apakah anda memberi ASI secara eksklusif atau hampir eksklusif, dan apakah anda belum mengalami menstruasi sejak melahirkan?	YA
TIDAK	2. Apakah anda tidak melakukan hubungan seksual sejak menstruasi terakhir anda atau sejak melahirkan?	YA
TIDAK	3. Apakah anda melahirkan dalam waktu 4 minggu terakhir?	YA
TIDAK	4. Apakah menstruasi terakhir anda dimulai dalam waktu 7 hari terakhir (atau dalam 12 hari terakhir jika anda berencana untuk memakai IUD)?	YA
TIDAK	5. Apakah anda pernah keguguran atau abortus dalam 7 hari terakhir (atau dalam 12 hari terakhir jika anda berencana untuk memakai IUD)?	YA
TIDAK	6. Apakah anda sedang menggunakan suatu metode kontrasepsi yang bisa diandalkan secara konsisten dan benar?	YA

Jika klien menjawab tidak untuk semua pertanyaan, kehamilan tidak dapat disingkirkan. Gunakan tes kehamilan untuk menyingkirkan kemungkinan hamil atau klien harus menunggu sampai mengalami menstruasi sebelum mulai metode KB pilihannya

Jika klien menjawab ya pada setidaknya satu pertanyaan dan ia bebas dari tanda dan gejala kehamilan, berikan metode KB yang diinginkan kepada klien.

Kotak 24: Pertimbangan Kontrasepsi untuk Remaja

- Meskipun perempuan muda seringkali kurang toleran terhadap efek samping, konseling akan membantu para remaja untuk mengetahui apa yang mungkin akan dihadapi dan akan mengurangi kemungkinan mereka menghentikan metode KB yang digunakannya.
- Remaja yang belum menikah mungkin memiliki risiko tertular IMS dan HIV yang lebih tinggi. Beri mereka konseling mengenai strategi perlindungan ganda untuk mengurangi risiko infeksi IMS.
- Remaja perempuan mungkin kurang memiliki kendali dibandingkan dengan perempuan yang lebih tua dalam hal berhubungan seks dan pemakaian kontrasepsi. Kondisi ini bisa meningkatkan kebutuhan mereka akan kontrasepsi darurat. Lakukan konseling kepada semua remaja yang mencari kontrasepsi darurat dalam metode KB dan berikan pilihan kepada mereka untuk membawa kontrasepsi darurat cadangan ke rumah.
- Perempuan yang usianya masih muda lebih menyukai metode yang dapat mereka gunakan tanpa diketahui orang lain (seperti kontrasepsi suntik).
- Karena terdapat banyak hambatan bagi remaja untuk mengakses layanan di fasilitas kesehatan, distribusi berbasis masyarakat juga harus menargetkan remaja.

Untuk informasi lebih lanjut, lihat Bab 4: Kesehatan Reproduksi Remaja.

pada sumber daya dan kondisi. Tes kehamilan yang dapat diandalkan akan sangat berguna tetapi mungkin tidak tersedia. Pemeriksaan panggul, jika dilakukan oleh penyedia layanan yang terampil, akan memberikan hasil yang dapat diandalkan dalam rentang waktu 8-10 minggu sejak hari pertama periode menstruasi terakhir. Jika tak satupun dari kedua pilihan tersebut dapat dilakukan, daftar periksa di halaman berikut ini dapat digunakan oleh penyedia layanan untuk meyakinkan bahwa klien tidak sedang hamil.

3.9 Metode Keluarga Berencana

Penyedia layanan KB harus mampu menjelaskan karakteristik setiap metode KB, bagaimana cara penggunaannya, efektivitasnya, keamanan dan efek sampingnya. Mereka harus tahu bagaimana metode tersebut mempengaruhi penularan IMS dan HIV, kecocokannya untuk klien yang memiliki kebutuhan khusus (seperti remaja, klien dengan AIDS dan ibu menyusui) serta lamanya waktu antara penghentian metode KB dan kembalinya kesuburan normal. Pastikan bahwa penyedia memiliki akses ke informasi

ini untuk semua metode KB yang tersedia di tempatnya dan mampu menggunakan informasi itu sesuai dengan tujuan reproduksi dari setiap klien.

3.9.1 Metode Kesuburan

Pemakaian metode kesuburan yang efektif mengharuskan perempuan mengetahui cara mengidentifikasi kapan masa subur dalam siklus menstruasinya dimulai dan berakhir. Metode ini mencakup metode yang bergantung pada gejala-gejala kesuburan, seperti mengikuti suhu tubuh basal atau sekresi serviks harian (Metode dua hari) atau metode yang didasarkan pada kalender yang bergantung pada pencatatan hari-hari dalam siklus menstruasi (Metode Hari Standar). Pemakaian metode ini mengharuskan adanya kerjasama dari pasangan. Metode kesuburan cocok, khususnya, untuk orang-orang yang tidak ingin menggunakan metode-metode lain karena alasan medis atau alasan keagamaan atau keyakinan pribadi. Penyedia layanan harus memberitahukan kepada pasangan bahwa metode ini tidak melindungi mereka dari IMS, termasuk infeksi HIV, dan karena efektivitasnya

yang rendah maka metode ini mungkin tidak cocok jika kehamilan akan merupakan suatu risiko yang tak bisa diterima untuk kesehatan ibu.

3.9.2 Kontrasepsi Hormonal

Kontrasepsi hormonal mengandung progestogen saja atau dikombinasikan dengan estrogen untuk mencegah seorang perempuan berovulasi. Kontrasepsi ini mudah diperoleh, sangat efektif dan mudah digunakan. Terdapat beberapa cara pemberian (dengan ditelan, disuntikkan, susuk, skin patch/ditempel

pada kulit, dll.) yang dibahas dalam Tabel 11 sampai 13. Ketika seorang perempuan memilih metode hormonal, ia harus mendapat konseling mengenai pemakaian kontrasepsi yang benar, apa yang perlu dilakukan jika ada dosis yang terlewat dan efek samping yang mungkin ditemui seperti perubahan dalam pola perdarahan menstruasi. Konseling yang suportif dan bersifat menenangkan dan meyakinkan selama kunjungan lanjutan akan membantu klien untuk menggunakan metode ini dengan benar dan mentoleransi efek samping yang sering terjadi.

Tabel 11. Membandingkan Metode Hormonal yang Diberikan Secara Oral dan Diaplikasikan Secara Lokal				
Karakteristik	Kontrasepsi oral kombinasi (COC, "pil")	Kontrasepsi Progestogen saja (POP, "mini pill")	Patch kombinasi	Ring vagina kombinasi
Metode penggunaan	Pil dikonsumsi secara oral	Pil dikonsumsi secara oral. Aman untuk ibu menyusui dan bayinya.	Patch digunakan di lengan bagian luar atas, di punggung, perut atau bokong – tidak di payudara	Ring dimasukkan ke dalam vagina
Mengandung	Dosis rendah 2 hormon – progestogen dan estrogen	Dosis progestogen yang sangat rendah	Melepas 2 hormon secara terus menerus – progestogen dan estrogen	Terus menerus melepas 2 hormon – progestogen dan estrogen
Frekuensi pemakaian	Setiap hari selama 21 hari, diikuti oleh masa istirahat atau pil tanpa hormon selama 7 hari	Setiap hari, tidak ada masa istirahat antara paket	Mingguan: patch diganti setiap minggu selama 3 minggu. Tidak memakai patch di minggu keempat	Bulanan: ring dibiarkan selama 3 minggu dan dilepas selama minggu keempat

Tabel 11. Membandingkan Metode Hormonal yang Diberikan Secara Oral dan Diaplikasikan Secara Lokal

Karakteristik	Kontrasepsi oral kombinasi (COC, "pil")	Kontrasepsi Progestogen saja (POP, "mini pill")	Patch kombinasi	Ring vagina kombinasi
Efektivitas (angka kehamilan ketika digunakan secara umum)	Bergantung pada kemampuan klien untuk meminum satu pil setiap hari. Dengan penggunaan secara umum, sekitar 8 kehamilan per 100 perempuan selama tahun pertama	Bergantung pada kemampuan klien untuk meminum satu pil setiap hari pada waktu yang sama. Menyusui: Sekitar 1 kehamilan per 100 ibu selama tahun pertama. Tidak menyusui: sekitar 3 sampai 10 kehamilan per 100 perempuan selama tahun pertama	Memerlukan perhatian klien sekali setiap minggu, Angka efektivitas sedang diteliti. Mungkin lebih efektif dari pil.	Bergantung pada kemampuan klien untuk mempertahankan ring tetap di tempatnya sepanjang hari, tidak mengeluarkannya lebih dari 3 jam setiap kali dikeluarkan. Angka efektivitas masih diteliti. Mungkin lebih efektif daripada pil.
Pola menstruasi	Biasanya menstruasi tidak teratur untuk beberapa bulan pertama dan kemudian lebih ringan dan menstruasi lebih teratur	Biasanya, pada ibu menyusui, pil akan memperpanjang masa tidak menstruasi. Untuk yang tidak menyusui, klien sering mengalami menstruasi atau menstruasi tidak teratur.	Serupa dengan pil, tetapi menstruasi tak teratur lebih sering ditemui pada beberapa siklus pertama dibandingkan dengan pil.	Serupa dengan pil, tetapi menstruasi tak teratur lebih jarang ditemui dibandingkan pil.
Rata-rata waktu tunggu hingga hamil setelah menghentikan penggunaan metode	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
Privasi	Tidak ada tanda fisik dari pemakaian tetapi orang lain mungkin menemukan pilnya	Tidak ada tanda fisik dari pemakaian tetapi orang lain mungkin menemukan pilnya	Patch mungkin terlihat oleh pasangan atau orang lain	Beberapa pasangan bisa merasakan keberadaan ring

Tabel 11. Membandingkan Metode Hormonal yang Diberikan Secara Oral dan Diaplikasikan Secara Lokal				
Karakteristik	Kontrasepsi oral kombinasi (COC, “pil”)	Kontrasepsi Progestogen saja (POP, “mini pill)	Patch kombinasi	Ring vagina kombinasi
Pertimbangan lain	Persetujuan lisan ditambah konseling KB mengenai penjelasan cara menggunakan pil	Persetujuan lisan plus konseling KB mengenai bagaimana cara menggunakan pil	Persetujuan lisan plus konseling KB mengenai bagaimana cara menggunakan patch dan rotasinya.	Persetujuan lisan plus konseling KB mengenai bagaimana cara dan kapan memasang dan melepas ring
Keterampilan penyedia layanan	Terlatih untuk konseling KB			
<i>Diadaptasi dari: Family Planning A Global Handbook for Providers. USAID, John’s Hopkins Bloomberg School of Public Health, WHO, 2007.</i>				

Tabel 12: Membandingkan Metode KB Suntik			
Karakteristik	DMPA	NET-EN	Suntik Bulanan
Metode Penggunaan	Suntikan intramuskular (IM) atau subkutan (SK) setiap 3 bulan	Suntikan IM setiap 2 bulan	Suntikan IM setiap 1 tahun
Mengandung	Progestogen – depot medroksiprogesteron acetate	Progestogen – noretisteron eranthate	Dua hormon: progestogen dan estrogen
Batas waktu untuk mengulang suntikan agar efektif jika klien datang terlalu awal atau terlambat	Sampai 2 minggu terlalu cepat atau 4 minggu terlambat	Sampai 2 minggu terlalu cepat atau 2 minggu terlambat	Sampai 7 hari terlalu cepat atau 7 hari terlambat
Teknik Penyuntikan	Suntikan intramusukular (IM) yang dalam di pinggul, lengan atas atau bokong. Suntikan subkutan (SK) DMPA tersedia dalam spuit uniject. Suntikan IM dan SK harus diberikan sebagaimana dimaksud: jika tidak maka tidak akan sepenuhnya efektif	Suntikan IM yang dalam di pinggul, lengan atas atau bokong. Mungkin sedikit lebih nyeri dibandingkan DMPA	Suntikan IM yang dalam di pinggul, lengan atas, bokong atau paha luar.

Tabel 12: Membandingkan Metode KB Suntik

Karakteristik	DMPA	NET-EN	Suntik Bulanan
Pola perdarahan	Menstruasi tidak teratur dan lama pada awalnya, lalu tidak ada menstruasi atau menstruasi jarang. Sekitar 40% pengguna tidak mengalami menstruasi bulanan setelah 1 tahun.	Menstruasi tidak teratur atau lama dalam 6 bulan pertama tetapi menstruasi lebih pendek daripada dengan penggunaan DMPA. Setelah 6 bulan, pola menstruasi serupa dengan yang ditemui pada kasus DMPA. 30% pengguna tidak mengalami perdarahan bulanan setelah 1 tahun.	Menstruasi tak teratur, sering atau memanjang dalam 3 bulan pertama. Sebagian besar mengalami pola menstruasi teratur setelah 1 tahun. Sekitar 2 persen dari pengguna tidak mengalami perdarahan bulanan setelah 1 tahun.
Penambahan berat badan rata-rata	1-2 kg per tahun	1-2 kg per tahun	1 kg per tahun
Efektivitas (angka kehamilan ketika digunakan secara umum)	Sekitar 3 kehamilan per 100 klien dalam tahun pertama	Sama dengan DMPA	
Rentang waktu sampai hamil setelah berhenti suntikan	Rata-rata 10 bulan setelah suntikan terakhir	Rata-rata 6 bulan setelah suntikan terakhir	Rata-rata 5 bulan setelah suntikan terakhir
Pertimbangan-pertimbangan lain	Konseling KB ditambah persetujuan lisan ditambah kartu pengingat untuk kunjungan suntikan ulang dalam 12 minggu	Konseling KB ditambah persetujuan lisan plus kartu pengingat untuk suntikan ulang dalam 8 minggu	Persetujuan lisan ditambah konseling KB ditambah kartu pengingat untuk injeksi ulang dalam 4 minggu
Keterampilan penyedia layanan	Terlatih dalam konseling KB dan administrasi suntikan		
Diadaptasi dari: Family Planning A Global Handbook for Providers. USAID			

Tabel 13: Membandingkan Susuk KB (Implan)

Karakteristik	Norplant	Norplant Jadelle/Sino-Implant (III)	Implanon
Metode Penggunaan	6 kapsul disisipkan di bawah kulit	2 batang disisipkan di bawah kulit	1 batang disisipkan di bawah kulit
Mengandung Progestogen	Levonorgestrel	Levonorgestrel	Etonogestrel
Efektivitas (angka kehamilan dalam tahun pertama penggunaan)	Kehamilan akan terjadi hanya pada 5 dari 10.000 klien perempuan yang memakai susuk Pada klien perempuan berbobot 70-79 kg, metode ini menjadi kurang efektif setelah 5 tahun pemakaian. Pada perempuan dengan bobot > 80 kg, metode menjadi kurang efektif setelah 4 tahun pemakaian	Kehamilan akan terjadi hanya pada 5 per 10.000 klien perempuan yang menggunakan susuk Pada klien perempuan >80 kg, metode ini menjadi kurang efektif setelah 4 tahun pemakaian	Kehamilan akan terjadi pada hanya 5 per 10.000 klien perempuan yang menggunakan susuk Berat badan tidak diketahui memiliki dampak terhadap efektivitas.
Pola Menstruasi	Dalam beberapa bulan pertama menstruasi lebih ringan dan lebih pendek atau menstruasi menjadi tidak teratur dan berlangsung lebih dari 8 hari atau menstruasi jarang atau tidak ada. Setelah sekitar satu tahun menstruasi lebih ringan dan lebih pendek, menstruasi tidak teratur dan jarang		Pengguna implanon lebih mungkin mengalami menstruasi yang jarang atau tidak ada menstruasi bulanan.
Waktu tunggu rata-rata hingga hamil setelah menghentikan penggunaan metode	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
Ketersediaan	Sedang dalam masa penarikan. Norplant tidak lagi disisipkan/dipakai	Diharapkan untuk menggantikan Norplant pada tahun 2011	Terutama tersedia di Eropa dan Asia. Juga telah disetujui pemakaiannya di Amerika Serikat.

Tabel 13: Membandingkan Susuk KB (Implan)

Karakteristik	Norplant	Norplant Jadelle/Sino-Implant (III)	Implanon
Pertimbangan lain	<p>Pengangkatan saja dan konseling tentang metode lain.</p> <p>Persetujuan lisan jika memberikan metode lain dan persetujuan tertulis jika memberikan susuk lain.</p>	<p>Konseling KB, persetujuan lisan dan tertulis serta kartu pengingat untuk kunjungan selanjutnya dalam jangka waktu satu minggu untuk mengecek lokasi susuk dan membuka perban. Menyediakan kartu efektivitas untuk saat kadaluarsa Jadelle dalam 5 tahun atau Sino-Implant dalam waktu 4 tahun</p>	<p>Konseling KB, persetujuan lisan dan tertulis dan kartu pengingat untuk kunjungan selanjutnya dalam waktu satu minggu untuk mengecek lokasi susuk dan membuka perban. Memberikan kartu efektivitas untuk saat kadaluarsa Implanon dalam 3 tahun</p>
Keterampilan penyedia layanan	Terlatih dalam konseling KB dan pemasangan serta pelepasan susuk		

3.9.3 Metode dengan Penghalang

Metode kontrasepsi dengan penghalang mencegah kehamilan dengan cara mencegah sperma secara fisik agar tidak memasuki uterus. Metode penghalang yang paling sering digunakan adalah kondom laki-laki dan perempuan (lihat tabel 14). Kondom merupakan metode KB satu-satunya yang melindungi terhadap kehamilan dan IMS. (untuk informasi lebih lanjut mengenai kondom, lihat Bab 9: Infeksi Menular Seksual, hal. 169).

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

Tabel 14. Membandingkan kondom laki-laki dan kondom perempuan

Karakteristik	Kondom laki-laki	Kondom perempuan
Cara Pemakaian	Kondom dipasangkan pada penis laki-laki yang ereksi Ukuran pas pada penis	Dimasukkan ke dalam vagina perempuan Melapisi vagina secara longgar sehingga tidak menghambat penis.
Kapan digunakannya	Segera sebelum hubungan seks	Sampai 8 jam sebelum berhubungan seks
Bahan	Umumnya terbuat dari lateks (kadang-kadang terbuat dari bahan sintetik atau membran hewan*) *Kondom yang dibuat dari membran hewan tidak melindungi terhadap HIV	Sebagian besar terbuat dari lapisan sintetik yang tipis (poliuretan atau nitril) Sejumlah model terbuat dari lateks.
Sensasi selama hubungan seks	Hubungan seks mungkin terasa kurang sensitif.	Kondom yang terbuat dari lapisan sintetik akan menghantarkan panas sehingga hubungan seks dapat terasa sangat sensitif dan alami.
Suara saat hubungan seks	Mungkin akan menimbulkan bunyi gesekan saat berhubungan seks	Mungkin akan menimbulkan suara gemerisik saat hubungan seks.
Pelicin	Klien dapat menambah pelicin: <ul style="list-style-type: none"> Hanya yang berbahan dasar air atau silikon Diberikan di bagian luar kondom 	Klien dapat menambahkan pelicin: <ul style="list-style-type: none"> Berbahan dasar air, silikon atau minyak. Sebelum dimasukkan, beri pelicin di bagian luar kondom Sebelum dimasukkan, beri pelicin di dalam kondom atau pada penis
Robek atau lepas	Cenderung untuk lebih sering robek dibandingkan dengan kondom perempuan	Cenderung lebih sering lepas dibandingkan kondom laki-laki

Tabel 14. Membandingkan kondom laki-laki dan kondom perempuan

Karakteristik	Kondom laki-laki	Kondom perempuan
Waktu melepas	Penis harus dikeluarkan dari vagina sebelum ereksi melemas	Penis dapat tetap berada di dalam vagina setelah ereksi melemas Lepaskan kondom perempuan sebelum klien perempuan berdiri
Daerah yang tertutup kondom	Melindungi hampir seluruh penis dan genitalia internal perempuan	Melindungi genitalia dalam dan luar perempuan dan dasar penis.
Efektivitas (Angka kehamilan pada pemakaian yang umum)	Sekitar 15 kehamilan per 100 perempuan yang pasangannya menggunakan kondom laki-laki selama tahun pertama (jika digunakan dengan benar di semua hubungan seks, sekitar 2 kehamilan per 100 perempuan)	Sekitar 21 kehamilan per 100 perempuan yang menggunakan kondom perempuan selama tahun pertama (jika digunakan dengan benar untuk setiap hubungan seksual, sekitar 5 kehamilan per 100 perempuan).
Perlindungan terhadap HIV	Ketika digunakan secara konsisten dan benar, pemakaian kondom mencegah 80% hingga 95% penularan HIV yang akan terjadi jika kondom tidak digunakan.	Ketika digunakan secara konsisten dan benar, pemakaian kondom perempuan mencegah penularan HIV.
Cara menyimpan	Simpan di tempat yang sejuk, teduh dan kering	Kondom plastik tidak rusak oleh panas, cahaya atau kelembaban
Pemakaian ulang	Kondom tidak dapat dipakai ulang	Pemakaian ulang tidak direkomendasikan
Biaya dan ketersediaan	Umumnya biaya rendah dan kondom tersedia secara luas.	Biasanya lebih mahal dan kurang tersedia dibandingkan kondom laki-laki
Pertimbangan-pertimbangan lain	Lakukan konseling dan perhatikan cara dan kapan kondom harus dipasang dan dilepas (idealnya dengan menggunakan model penis)	Lakukan konseling dan perhatikan cara dan kapan kondom harus dipasang dan dilepas (idealnya dengan menggunakan model vagina)
Keterampilan Penyedia layanan	Terlatih dalam konseling KB, demonstrasi dan demonstrasi ulang.	

3.9.4 Intrauterine devices (IUD)

Intrauterine devices (IUD) merupakan sebuah alat plastik berukuran kecil dan fleksibel yang mengandung tembaga atau progestogen. Seorang penyedia layanan kesehatan terlatih akan memasukkan IUD ke dalam uterus perempuan melalui vagina dan

serviksnya dengan menggunakan prosedur pencegahan infeksi yang benar (termasuk teknik pemasangan “tanpa sentuhan”). IUD merupakan salah satu dari metode yang efektif untuk mencegah kehamilan.

IUD dan IMS. IUD sendiri tidak menyebabkan penyakit radang panggul (PRD). Pemasangan

Tabel 15. Membandingkan IUD		
Karakteristik	IUD dengan tembaga	IUD Levonorgestrel
Efektivitas (angka kehamilan dalam tahun pertama penggunaan)	Kehamilan akan terjadi pada 6 hingga 8 per 1000 perempuan selama tahun pertama	Kehamilan akan terjadi pada 2 per 1000 perempuan selama tahun pertama
Masa pakai	Disetujui untuk digunakan selama 10 tahun	Disetujui untuk digunakan selama 5 tahun
Pola perdarahan	Menstruasi bulanan yang lebih lama dan banyak, menstruasi tak teratur dan kram atau nyeri yang lebih parah selama menstruasi bulanan	Menstruasi lebih tidak teratur dan terdapat vlek-vlek pada beberapa bulan pertama. Setelah satu tahun, sering tidak terjadi menstruasi bulanan. Menyebabkan lebih sedikit menstruasi dibandingkan IUD dengan tembaga sejalan dengan waktu
Anemia	Mungkin ikut menyebabkan anemia defisiensi zat besi jika klien sudah memiliki kadar zat besi dalam darah yang rendah sebelum pemasangan IUD.	Mungkin membantu mencegah anemia karena defisiensi zat besi.
Alasan utama untuk menghentikan pemakaian IUD	Peningkatan menstruasi dan rasa nyeri	Tidak ada menstruasi bulanan dan efek samping hormonal
Waktu tunggu rata-rata hingga hamil setelah menghentikan penggunaan metode	Tidak ada	Tidak ada
Keuntungan non kontraseptif	Dapat membantu melindungi terhadap kanker endometrium	Terapi yang efektif untuk menstruasi bulanan yang panjang dan banyak (alternatif terhadap histerektomi). Mungkin membantu mengobati menstruasi bulanan yang sakit. Dapat digunakan sebagai progestogen dalam terapi pengganti hormon
Pemakaian pasca persalinan	Dapat dipasang hingga 48 jam setelah persalinan.	Dapat dipasang 4 minggu setelah persalinan
Pemakaian sebagai kontrasepsi darurat	Dapat digunakan dalam waktu 5 hari setelah hubungan seks tanpa pelindung	Tidak direkomendasikan

Tabel 15. Membandingkan IUD

Karakteristik	IUD dengan tembaga	IUD Levonorgestrel
Pemasangan	Memerlukan pelatihan spesifik tetapi lebih mudah untuk memasang IUD ini dibandingkan dengan IUD levonorgestrel	Memerlukan pelatihan spesifik dan unik, teknik pemasangan lebih sulit. Klien mungkin mengalami lebih banyak rasa tak enak, nyeri dan mual atau muntah pada saat pemasangan dibandingkan dengan IUD dengan tembaga.
Biaya	Lebih murah	Lebih mahal
Pertimbangan lain	Konseling KB, persetujuan lisan dan tertulis. Menyediakan penjelasan mengenai bagaimana mengecek benang kepada klien yang ingin melakukannya	
Keterampilan Penyedia layanan	Terlatih dalam konseling KB dan pemasangan serta pelepasan IUD tembaga	Terlatih dalam konseling KB dan pemasangan serta pelepasan IUD LNG

IUD kepada perempuan yang menderita gonorea atau klamidia kadang-kadang dapat mengarah ke PRD sehingga harus dihindari. Jika keadaan klien membuatnya berisiko tinggi terkena infeksi, biasanya tidak boleh menggunakan IUD. Jika skrining laboratorium untuk gonorea dan klamidia tidak tersedia (lihat Bab 9: IMS), maka penyedia layanan harus meminta klien mempertimbangkan risikonya sendiri dan memikirkan apakah ia mungkin menderita IMS. Jika klien menganggap dirinya berisiko untuk tertular IMS, ia harus dikonseling untuk metode KB lain sebagai alternatif. Dalam kondisi-kondisi khusus, jika metode lain yang lebih cocok tidak tersedia atau tidak dapat diberikan, maka penyedia layanan harus mempertimbangkan pengobatan klien secara presumtif (berdasarkan dugaan) dengan dosis kuratif antibiotik penuh yang akan efektif untuk mengobati gonorea dan klamidia, lalu memasang IUD setelah klien menyelesaikan pengobatannya.

Jika seorang perempuan mengalami IMS baru setelah pemasangan IUD, ia tidak secara khusus berisiko terkena PRD akibat IUD. Ia bisa terus menggunakan IUD ketika ia sedang diobati untuk IMS. Pengangkatan IUD tidak

ada manfaatnya dan dapat membuat klien menanggung risiko kehamilan yang tidak diinginkan. Klien harus dikonseling mengenai pemakaian kondom dan strategi lain untuk menghindari tertular IMS.

3.9.5 Kontrasepsi Darurat

(Untuk informasi lebih lanjut mengenai kontrasepsi darurat dapat dilihat di Bab 2: PPAM, hal. 21).

Dua metode kontrasepsi darurat yang digunakan adalah:

- Pil kontrasepsi darurat
- IUD tembaga

Pil kontrasepsi darurat dapat mencegah kehamilan yang tidak diinginkan jika digunakan dalam jangka waktu lima hari (120 jam) setelah seks tanpa pelindung. Kontrasepsi darurat harus digunakan sesegera mungkin setelah hubungan seksual tanpa pelindung dilakukan. Kontrasepsi darurat paling efektif ketika langsung digunakan tetapi masih bisa efektif ketika digunakan lima hari setelah seks tanpa pelindung.

Dua sediaan yang ada (lihat Kotak 25). Kontrasepsi darurat dapat digunakan dengan aman oleh perempuan manapun, bahkan oleh mereka yang tidak dapat menggunakan metode hormonal secara terus menerus, oleh karena dosis hormonnya relatif kecil dan pil hanya digunakan untuk jangka waktu pendek. Kontrasepsi darurat tidak boleh

Kotak 25: Sediaan Pil Kontrasepsi Darurat

Pil yang hanya mengandung levonorgestrel: levonorgestrel 1.5 mg dalam dosis tunggal (ini adalah aturan minum yang direkomendasikan karena lebih efektif dan memiliki lebih sedikit efek samping). Pil-pil ini dibuat khusus untuk kontrasepsi darurat.

Kombinasi pil estrogen-progestogen (Yuzpe): dosis 100 mikrogram etinil estradiol ditambah 0.5 mg levonogestrel, digunakan sesegera mungkin, dan diikuti dengan dosis yang sama 12 jam kemudian. Pil ini ada yang dibuat khusus untuk kontrasepsi darurat atau dapat diambil dari paket pil kontrasepsi oral kombinasi.

Pil levonorgestrel saja (LNG) telah terbukti lebih efektif dibandingkan dengan pil kombinasi untuk kontrasepsi darurat dan memiliki lebih sedikit efek samping. Aturan minum levonorgestrel saja dimasukkan ke dalam model daftar obat penting WHO.

diberikan jika kehamilan telah dikonfirmasi. Kontrasepsi darurat dapat diberikan ketika status kehamilan tidak jelas dan tes kehamilan tidak tersedia karena tidak ada bukti bahwa kontrasepsi darurat akan membahayakan ibu atau kehamilan yang sudah ada. Gunakan daftar periksa kehamilan untuk menyingkirkan kemungkinan hamil sebelum memberikan Kontrasepsi darurat (lihat Gambar 4: Daftar Periksa untuk Menyingkirkan Kemungkinan Kehamilan Dini).

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

Sebuah IUD yang mengandung tembaga dapat dipasang dalam jangka waktu hingga lima hari setelah melakukan hubungan seks tanpa pelindung, sebagai kontrasepsi darurat. Jika waktu ovulasi dapat diperkirakan, IUD yang mengandung tembaga dapat dipasang lebih dari lima hari setelah hubungan seks tanpa pelindung dilakukan, selama pemasangan tidak terjadi lebih dari lima hari setelah ovulasi. Pilihan ini mungkin baik bagi para perempuan yang ingin menggunakan IUD untuk kontrasepsi selanjutnya. Metode ini lebih efektif untuk mencegah kehamilan dibandingkan dengan kontrasepsi darurat. Pastikan bahwa klien memenuhi syarat untuk pemasangan IUD. Jika IUD dipasang sebagai kontrasepsi darurat setelah pemerkosaan, pastikan bahwa pengobatan IMS presumtif (berdasarkan dugaan) penuh juga diberikan (lihat Bab 2: PPAM).

3.9.6 Operasi Sterilisasi Sukarela dengan Pembedahan Sukarela

Sterilisasi untuk laki-laki (vasektomi) dan perempuan (ligasi tuba) merupakan metode kontrasepsi yang diinginkan beberapa klien yang telah memutuskan untuk tidak lagi mempunyai anak.

Kontrasepsi dengan pembedahan hanya boleh dilakukan dalam kondisi aman dengan persetujuan berdasarkan informasi dari pengguna, dilakukan oleh staf terlatih dan dengan menggunakan peralatan yang diperlukan. Sterilisasi harus tersedia untuk klien, terutama jika mereka sudah mengenal metode ini di daerah atau negara asalnya dan jika metode ini diperbolehkan di negara tuan

rumah. Metode ini tidak melindungi terhadap IMS termasuk HIV.

3.10 Keluarga berencana pasca melahirkan

Seorang perempuan terlindung dari kehamilan selama periode nifas jika:

- 1) Ia menyusui secara penuh (bayi hanya menerima ASI atau, sesekali, sejumlah vitamin tambahan, air, jus atau nutrien lain) atau hampir secara penuh (lebih dari tiga perempat konsumsi bayi adalah ASI); dan
- 2) Belum mengalami menstruasi lagi; dan
- 3) Masa nifas belum enam bulan setelah persalinan

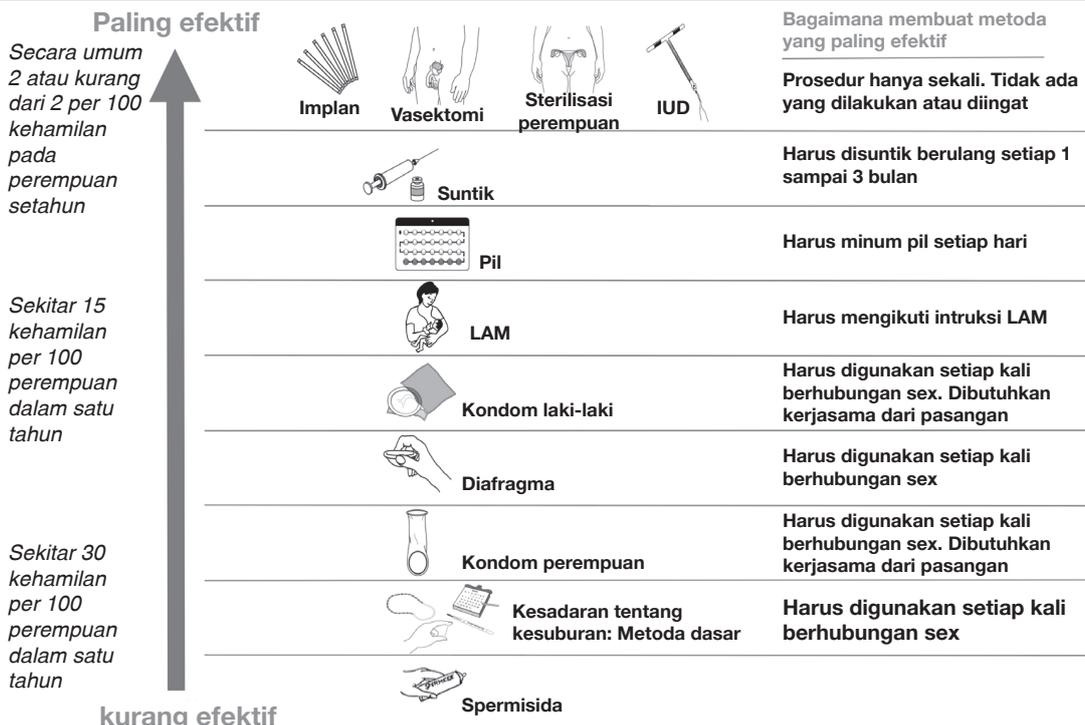
Metode ini disebut metode amenore laktasi. Efektivitasnya, sebagai metode yang sering dipakai, adalah dua kehamilan per 100 perempuan pada enam bulan pertama setelah persalinan. Lakukan konseling kepada perempuan yang menggunakan metode ini untuk juga menggunakan metode KB lain ketika mereka mendekati bulan keenam masa nifas atau ketika salah satu dari kriteria di atas berubah. Klien dapat memulai metode-metode KB berikut ini dengan aman:

- **Metode dengan penghalang:** kondom dapat digunakan segera setelah nifas
- **Pemasangan IUD:** IUD dapat dipasang selama 48 jam pertama setelah persalinan

Tabel 16: Efektivitas Kontrasepsi

Grafik di bawah ini menunjukkan seberapa efektif metode KB sesuai dengan pemakaian biasa. Empat metode teratas merupakan yang paling efektif. Klien tidak perlu melakukan apapun setelah prosedur pemasangan selesai. Efektivitas dari setiap metode bergantung pada perilaku klien. Metode hanya efektif ketika digunakan dengan benar.

Perbandingan Metoda berdasarkan Keefektifan



Diadaptasi dari: *Decision-making tool for family planning clients and providers. WHO. 2005.*
www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9241593229/en/index.html

melalui vagina atau persalinan bedah caesar oleh penyedia layanan yang terlatih secara khusus. Pemasangan IUD dalam periode antara 48 jam sampai empat minggu setelah persalinan tidak direkomendasikan. Kemungkinan IUD lepas dan dikeluarkan dari tubuh paling rendah ketika IUD dipasang empat minggu atau lebih setelah persalinan atau pada suatu waktu yang tidak berhubungan dengan kehamilan.

- Sterilisasi: Dapat dilakukan selama tujuh hari pertama atau enam minggu setelah persalinan.
- Metode progestogen saja (pil, suntikan, susuk): Dapat dimulai enam minggu setelah persalinan untuk ibu menyusui dan segera setelah melahirkan untuk ibu yang tidak menyusui.
- Metode kombinasi (pil dan suntikan): dapat dimulai enam bulan setelah persalinan untuk ibu menyusui dan enam minggu setelah melahirkan untuk ibu tidak menyusui.
- Metode alami (Metode Hari Standar): dapat dimulai ketika klien telah mengalami siklus menstruasi teratur kembali.

3.11 Keluarga Berencana untuk ODHA

Dorong pemakaian kondom untuk semua orang HIV positif dalam upaya melindungi mereka dari IMS dan untuk mencegah penularan HIV kepada pasangan seksualnya. Jika seorang perempuan HIV positif memerlukan perlindungan terhadap kehamilan yang lebih efektif, ia mungkin ingin menggunakan metode kontrasepsi lain selain kondom.

Perempuan dengan HIV dapat menggunakan sebagian besar metode kontrasepsi, dengan pertimbangan-pertimbangan berikut ini:

- IUD tidak boleh dipasang pada klien perempuan yang mengalami infeksi gonorea atau klamidia atau jika ia memiliki risiko sangat tinggi tertular infeksi-infeksi ini. Klien perempuan HIV positif yang secara klinis dalam keadaan sehat (baik yang

sedang menjalani terapi antiretroviral (ART) atau tidak) dapat menggunakan IUD.

- Jika seorang perempuan sedang mengkonsumsi rifampicin untuk pengobatan tuberkulosis, ia tidak boleh menggunakan pil KB, patch kombinasi, ring kombinasi atau susuk karena efektivitas kontrasepsi mungkin akan berkurang.
- Spermisida, baik secara tersendiri maupun dalam kombinasi, tidak boleh digunakan untuk perempuan yang tertular HIV atau menderita AIDS.
- Klien perempuan yang sedang menjalani ARV dan menggunakan metode hormonal disarankan untuk menggunakan kondom juga karena sejumlah obat antiretroviral (ARV) mengurangi efektivitas metode hormonal.

Lihat Bab 10: HIV untuk informasi lebih lanjut.

3.12 Kemandulan atau Infertilitas

Kemandulan merupakan kegagalan untuk hamil atau melahirkan setelah 12 bulan atau lebih berhubungan seks tanpa pelindung secara teratur. Jika seorang perempuan belum pernah hamil sebelumnya, penyakit ini dinamakan infertilitas primer. Jika pasangan sebelumnya bisa memiliki anak tetapi saat ini memenuhi definisi infertilitas, kondisi ini dinamakan infertilitas sekunder. Infertilitas memiliki banyak penyebab yang bisa bersifat medis seperti infeksi nifas, infeksi pasca aborsi, infertilitas iatrogenik (yang didapat akibat tindakan tertentu), endometriosis, IMS dan penyakit menular lain yang menyebabkan kerusakan tuba falopi, vas deferens atau epididimal atau penyebab non medis. Dalam situasi darurat bencana infertilitas sekunder dan bahkan primer dapat merupakan akibat dari stress dan perubahan besar dalam gaya hidup.

Di seluruh dunia, pasangan dengan infertilitas dipandang sebagai tragedi yang membawa konsekuensi sosial, ekonomi dan psikologis. Infertilitas merupakan satu kebutuhan dalam layanan KB yang belum terpenuhi dan satu

dari empat perempuan berusia subur dan pernah menikah di sebagian besar negara berkembang menderita infertilitas primer dan, lebih signifikan lagi, infertilitas sekunder.

Konseling untuk pasangan sangat penting. Terangkan secara jelas bahwa infertilitas bukan merupakan masalah perempuan saja karena antara 25% sampai 50% dari infertilitas disebabkan oleh pasangan pria. Periksa organ-organ reproduksi atau genitalia klien laki-laki dan perempuan untuk melihat adanya abnormalitas struktural. Bila memungkinkan, analisis air mani merupakan tes laboratorium yang sangat penting untuk setiap pasangan yang mengalami infertilitas. Suhu tubuh basal dapat menjadi alat yang sangat membantu sebagai evaluasi awal ovulasi. Paling sedikit, selidiki dan, bila perlu, obati kedua pasangan untuk penyebab-penyebab medis (terutama IMS) atau masalah psikologis dan emosional. Pertimbangkan dan tangani masalah-masalah yang berhubungan dengan indeks massa tubuh (IMT), diet, penghentian merokok, pemakaian obat-obat tertentu dan kondisi-kondisi medis yang ada sebelumnya seperti diabetes, penyakit jantung atau penyakit psikiatrik. Lakukan konseling pada pasangan mengenai mengenali masa subur, keteraturan menstruasi, waktu dan teknik hubungan seksual serta pencegahan IMS.

Jika layanan-layanan ini tersedia, rujuklah pasangan untuk evaluasi medis tingkat lanjut (seperti USG transvaginal, evaluasi mukus serviks, tes pasca koitus, histerosalpingography, pemeriksaan hormon dan prosedur-prosedur yang relevan seperti inseminasi intra-uterin (IUI), intervensi pembedahan dan reproduksi dengan alat bantu.

3.13 Keterlibatan laki-laki dalam program keluarga berencana

Libatkan laki-laki dalam program KB untuk meningkatkan penerimaan program di dalam masyarakat dan meningkatkan pengakuan terhadap isu-isu kesehatan reproduksi lain seperti pencegahan dan pengobatan IMS dan HIV. Mempertimbangkan sudut pandang laki-laki dan motivasinya merupakan bagian penting dari kegiatan program. Kontrasepsi yang digunakan oleh laki-laki memungkinkan mereka untuk berbagi tanggung jawab keluarga berencana dengan pasangan perempuannya. Layanan KB mungkin perlu disesuaikan secara spesifik untuk memenuhi kebutuhan klien laki-laki. Aktivitas-aktivitas untuk mendorong keterlibatan laki-laki mencakup konseling pasangan, promosi kondom, waktu khusus untuk laki-laki di fasilitas kesehatan, sesi kelompok sebaya dan informasi kesehatan reproduksi di kelompok sosial laki-laki.

3.14 Advokasi

Petugas dan manajer program kesehatan reproduksi harus melakukan advokasi penyediaan layanan keluarga berencana jika memungkinkan. Mengetahui pemakaian kontrasepsi dasar dari penduduk tuan rumah serta populasi pengungsi merupakan informasi latar belakang yang penting.

Pertemuan dengan pejabat-pejabat kantor wilayah Kementerian Kesehatan, donor pribadi dan lembaga-lembaga lain untuk mempresentasikan data mengenai kebutuhan yang tidak terpenuhi dan potensi penghematan biaya serta manfaat kesehatan dari program KB adalah alat advokasi yang sangat efektif.

4. Hak Asasi Manusia dan Pertimbangan Hukum

4.1 Standar hak asasi manusia

Dalam hukum internasional, akses universal terhadap KB adalah hak asasi manusia: setiap orang dan pasangan memiliki “hak untuk memutuskan jumlah, jarak dan waktu untuk memiliki anak”.* Pada tahun 1994, Konferensi Internasional Mengenai Kependudukan dan Pembangunan dan pemerintah dari berbagai negara sepakat untuk membuat layanan kesehatan reproduksi tersedia untuk semua, termasuk serangkaian layanan KB lengkap. Hak untuk mencapai standar kesehatan yang setinggi mungkin mencakup “hak untuk diberi informasi dan memiliki akses ke metode-metode KB yang aman, efektif, terjangkau dan dapat diterima”. **

Hak untuk ber-KB berhubungan erat dengan hak asasi manusia lain:

- Akses ke kontrasepsi akan mengurangi kehamilan yang tidak diinginkan dan akan membantu memastikan bahwa hak perempuan atas kesehatan dan hak untuk hidup terpenuhi.
- Semua orang memiliki hak atas privasi dan hak atas kesetaraan dan non diskriminasi. Hak-hak ini seringkali diabaikan dalam konteks keluarga berencana ketika, misalnya, seseorang ditolak untuk mengakses kontrasepsi karena ia belum menikah.
- Setiap orang memiliki hak untuk mengkomunikasikan dan menerima informasi mengenai Keluarga Berencana. Hak ini mencakup kesehatan reproduksi dan pendidikan mengenai seksualitas untuk remaja. Remaja memiliki hak untuk mengakses layanan KB dan informasi KB. Menolak untuk memberikan informasi mengenai KB atau kontrasepsi kepada

remaja dengan alasan usia, status pernikahan atau harus ada persetujuan orang tua atau wali dapat merupakan pelanggaran terhadap hak remaja atas kesehatan dan hak untuk tidak didiskriminasi.

- Semua orang memiliki hak untuk menikmati manfaat dari kemajuan ilmiah dan penerapannya. Ini berarti bahwa setiap orang berhak untuk memperoleh manfaat dari pengembangan teknologi kontrasepsi, seperti kontrasepsi darurat.
- Memaksa orang untuk menggunakan kontrasepsi bukanlah keluarga berencana dan merupakan pelanggaran terhadap hak asasi manusia. Sebagai contoh, sterilisasi yang dipaksakan tanpa persetujuan klien melanggar hak untuk memberikan persetujuan berdasarkan informasi (informed consent), hak untuk sehat, hak atas keamanan dan kebebasan seseorang, dan hak untuk secara bebas menentukan jumlah dan jarak anak yang diinginkannya.

4.2 Tantangan dan Kesempatan

Dalam sejumlah kasus, penyedia layanan dapat menghadapi keputusan yang sulit atau dilema. Mereka mungkin akan merasa bahwa kemampuan mereka untuk memberikan informasi dan layanan KB dibatasi oleh peraturan-peraturan nasional, norma-norma sosial atau budaya atau kesalahpahaman medis. Misalnya, hal-hal berikut ini mungkin terjadi:

- Klien perempuan tidak diberi layanan KB tanpa persetujuan suaminya.
- Klien perempuan tidak diijinkan untuk memilih sterilisasi tanpa persetujuan suaminya atau ia harus memenuhi persyaratan-persyaratan lain sebelum ia dapat disterilisasi, seperti sudah memiliki sejumlah anak atau sudah mencapai usia tertentu.

* *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (CEDAW), art. 16(1).*

** *Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment No. 14, para. 12.*

- Klien perempuan menolak untuk mengakses kontrasepsi tanpa persetujuan suaminya.
- Klien perempuan menolak mengakses kontrasepsi karena ia belum menikah.
- Remaja ditolak untuk menggunakan IUD berdasarkan klaim medis yang tidak benar bahwa IUD akan menyebabkan infertilitas kecuali jika klien dapat memperlihatkan bahwa ia sudah punya setidaknya satu anak atau sedang hamil.
- Klien perempuan dihalangi untuk mengakses kontrasepsi darurat karena kontrasepsi ini secara salah diyakini sebagai salah satu bentuk aborsi yang berlawanan dengan norma agama dan sosial setempat.

Norma, peraturan dan praktik semacam itu mungkin berlawanan dengan prinsip-prinsip hak asasi manusia yang diterima secara internasional. Seorang manajer kesehatan reproduksi atau penyedia layanan mungkin sekali mengalami dilema semacam itu. Anda harus menyadari posisi lembaga/organisasi anda dalam isu-isu kesehatan reproduksi ini dan memasukkannya sebagai bagian dari analisis anda terhadap situasi dan kemungkinan langkah yang akan diambil di masa datang. Ketika dihadapkan dengan situasi yang sulit, anda harus pertama-tama memprioritaskan keselamatan dan kesehatan klien dan keselamatan diri anda serta rekan-rekan sejawat anda. Kemudian, anda mungkin ingin:

- Membicarakannya dengan supervisor anda
- Mendiskusikan pilihan-pilihan dengan klien anda:
 - ▶ Misalnya jika anda tidak dapat memberikan metode kontrasepsi modern tertentu kepada seorang klien perempuan, anda dapat memberinya konseling mengenai metode keluarga berencana alami seperti metode kesuburan dan Metode Laktasi Amenore (MLA).
- Cari tahu apakah lembaga anda terlibat dalam advokasi isu tersebut dan bagaimana anda dapat berkontribusi
- Eksplorasi kaitan dengan dan rujukan

kepada organisasi-organisasi lokal yang mungkin dapat membantu klien anda lebih lanjut

- Dengan tetap menghormati kerahasiaan klien anda, berkonsultasi dengan rekan sejawat dan penyedia layanan kesehatan reproduksi lain bagaimana menghindari/menangani situasi semacam itu di masa datang.
- Ungkapkan kekhawatiran anda tersebut dalam rapat koordinasi kesehatan

5. Monitoring

Mengadakan register/catatan aktivitas harian dan formulir-formulir klien untuk mencatat informasi dan menawarkan tindak-lanjut yang efektif. Pada populasi yang berpindah-pindah, klien mungkin ingin menyimpan salinan dari catatan mereka. Informasi berikut ini harus dicatat dalam formulir klien:

- Tanggal
- Nama pengguna – atau, jika diperlukan untuk menjaga kerahasiaan, kode nomor
- Informasi pengguna (usia, alamat, paritas)
- Jenis pengguna (baru, lama, dll.)
- Metode yang dipilih (dan nama mereknya)
- Efek samping yang dialami
- Tanggal kunjungan selanjutnya (untuk tindak lanjut)
- Tanggal dan alasan berhenti ber-KB

Formulir pencatatan harus sederhana dan sesuai untuk data yang dikumpulkan serta tingkat kemampuan membaca staf. Gunakan format nasional atau lokal yang telah dikenal oleh staf lokal dan populasi terdampak. Format ini dapat diterjemahkan untuk staf asing jika mereka yang pada awalnya memberi layanan. Latih semua staf untuk membuat catatan yang tepat dan tentang bagaimana informasi yang dikumpulkan digunakan dalam program KB mereka.

Indikator-indikator yang harus dikumpulkan – lihat Assessment, Monitoring, dan Pengkajian untuk petunjuk indikator:

- Indikator yang harus dikumpulkan di tingkat fasilitas kesehatan:
 - ▶ Persentase klien yang ditawari konseling KB sebagai tambahan dari metode metode kontrasepsi.
 - ▶ Contraceptive Prevalence Rate (CPR). CPR adalah persentase klien perempuan (atau pasangannya) yang menggunakan suatu metode kontrasepsi di suatu titik waktu tertentu.
- Indikator yang harus dikumpulkan di tingkat program:
 - ▶ Jumlah titik layanan KB yang memiliki minimal persediaan Pil KB, suntik KB, IUD atau susuk untuk 3 bulan
 - ▶ Jumlah dan persentase penyedia layanan yang secara benar menerapkan standar layanan keluarga berencana.

INFO Project, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. *Family Planning, a Global Handbook for Providers*. USAID, WHO, 2007. <http://www.infoforhealth.org/globalhandbook/index.shtml#contents>

The Logistics Handbook: A Practical Guide for Supply Chain Managers in Family Planning and Health Programs. John Snow Inc./ DELIVER, for the U.S. Agency for International Development (USAID), Arlington, VA, 2004. http://deliver.jsi.com/dlvr_content/resources/allpubs/guidelines/LogiHand.pdf

The INFO Project, *USAID's Maximizing Access and Quality Initiative IUD Toolkit*. <http://www.maqweb.org/iudtoolkit/index.shtml>.

Training and Reference Guides for Family Planning Screening Checklists. Family Health International, 2008. <http://www.fhi.org/en/RH/Pubs/servdelivery/checklists/Guides.htm>

6. Bacaan Lanjutan

Fact sheet on the safety of levonorgestrel-alone emergency contraceptive pills (LNG KONTRASEPSI DARURATs). WHO. 2010. http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_RHR_HRP_10.06_eng.pdf



DAFTAR ISI

1. PENDAHULUAN	139
2. TUJUAN	141
3. PENYUSUNAN PROGRAM KESEHATAN MATERNAL DAN NEONATAL KOMPREHENSIF	141
3.1 Need assessment (Penilaian Kebutuhan)	143
3.2 Mengurangi hambatan-hambatan terkait penggunaan layanan Kesehatan maternal dan neonatal	144
3.3 Ante Natal Care (ANC)	145
3.4 Perawatan persalinan	149
3.5 Post Natal Care (PNC) dan perawatan bayi baru lahir	151
3.6 Masalah-masalah khusus	152
4. PERTIMBANGAN HAK ASASI MANUSIA DAN PERUNDANGAN	153
4.1 Tantangan dan kesempatan	154
5. MONITORING	155
6. BACAAN LANJUTAN	155

1. Pendahuluan

Di seluruh dunia, satu dari tujuh perempuan akan mengalami komplikasi selama kehamilan atau persalinan. Terdapat lebih dari 500.000 kematian ibu setiap tahun dengan 99%-nya terjadi di negara-negara berkembang. Dari sekitar 130 juta bayi yang lahir setiap tahun, sekitar 4 juta di antaranya meninggal dunia dalam empat minggu pertama kehidupannya (periode neonatal). Sekitar 4 juta bayi juga meninggal saat lahir, meninggal di dalam rahim selama tiga bulan terakhir kehamilan.*

Angka statistik untuk kematian ibu dan bayi baru lahir di seluruh dunia ini digunakan karena relatif kurangnya data untuk kondisi bencana. Meskipun demikian, telah diketahui bahwa negara-negara yang tengah mengalami konflik atau bentuk ketidakstabilan lain memiliki angka kematian ibu dan bayi baru lahir tertinggi. Misalnya, Sierra Leone merupakan negara dengan angka kematian ibu (AKI) tertinggi di dunia yaitu 2100 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup. Afganistan, yang telah berupaya bertahan dalam konflik selama lebih dari 20 tahun, memiliki AKI setinggi 1800. Risiko kematian ibu sepanjang hidup di kedua negara tersebut adalah 1 banding 8. Bandingkan dengan 1 banding 8200 di Inggris atau 1 banding 11.000 di Kanada.**

Sebagian besar kematian ibu dan bayi baru lahir terjadi pada saat persalinan, kelahiran dan masa nifas segera setelah melahirkan. Penyebab utama dari kematian maternal dan neonatal diperlihatkan dalam Gambar 5 dan 6.

Banyak dari penyebab-penyebab ini dapat dicegah atau ditangani oleh petugas terampil dengan sumber daya yang memadai di tingkat fasilitas kesehatan.

* Lawn, Joy E, et. al. "4 million neonatal deaths: When? Where? Why?" The Lancet. March 2005. www.who.int/child_adolescent_health/documents/pdfs/lancet_neonatal_survival_paper1.pdf.

** Countdown to 2015 Tracking Progress in Maternal, Newborn, and Child Survival. The 2008 Report. www.countdown2015mnch.org/reports-publications/2008report.

6

BAB ENAM

Kesehatan Maternal dan Neonatal

Kesehatan Maternal dan Neonatal

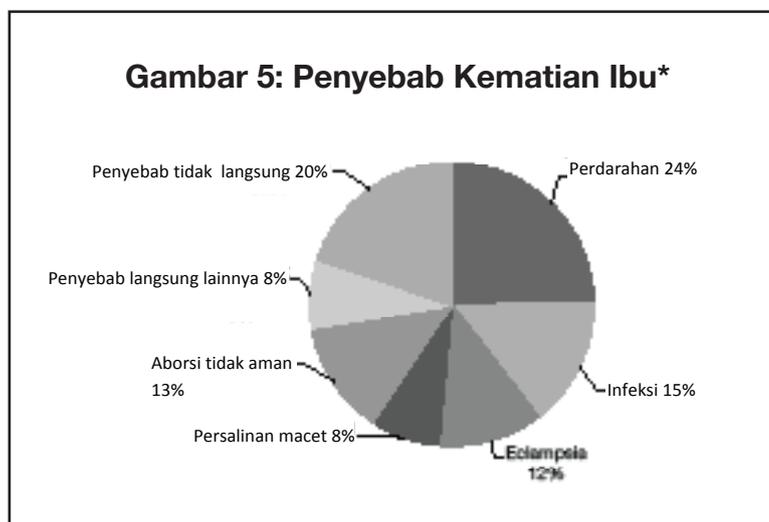
Pelayanan Kegawatdaruratan Kebidanan (Emergency Obstetric Care/EmOC) dan Pelayanan Kegawadaruratan Kebidanan dan Neonatal (Emergency Obstetric and Neonatal Care/EmONC)

Dalam manual ini, kami menggunakan Singkatan EmOC (Emergency Obstetric Care) Alasannya karena berisi “fungsi-fungsi sinyal” yang digunakan untuk memonitor layanan kegawatdaruratan kebidanan (intervensi penyelamatan nyawa yang dilakukan oleh tenaga kesehatan terampil untuk menangani komplikasi maternal utama dalam periode kehamilan, persalinan dan post partum) hanya mencakup satu fungsi sinyal yang terkait dengan layanan neonatal seperti: resusitasi bayi baru lahir dasar dengan menggunakan kantong dan masker untuk menangani asfiksia. WHO, UNFPA, UNICEF dan AMDD menamakan paket ini EmOC.

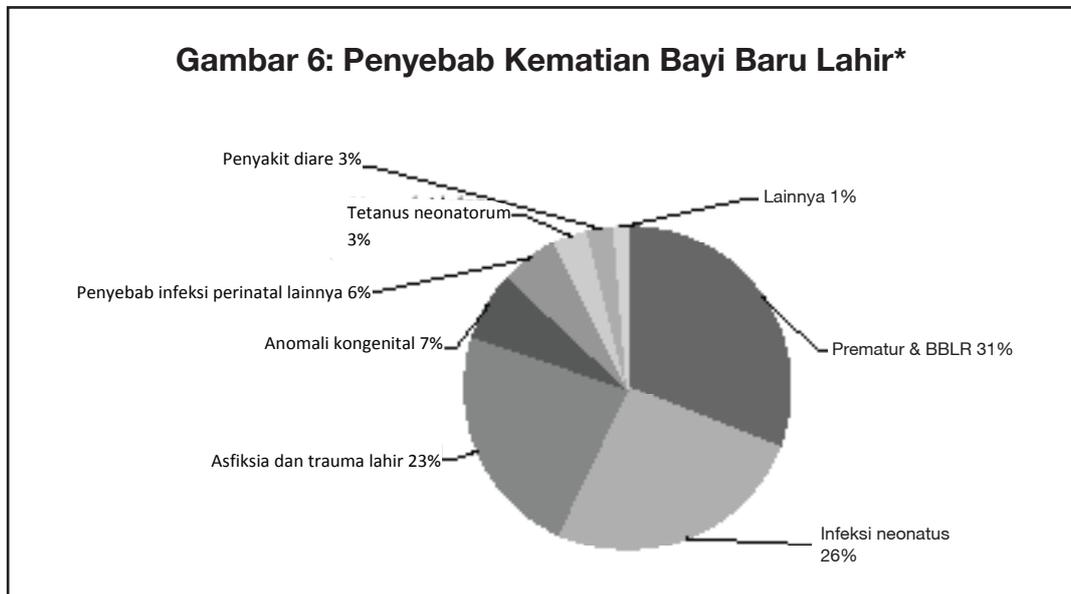
Meskipun demikian, sangatlah penting untuk memastikan bahwa bidan tidak hanya mampu melakukan “fungsi kegawatdaruratan kebidanan” tetapi juga mampu melakukan sejumlah intervensi perawatan bayi baru lahir esensial seperti resusitasi, perlindungan suhu tubuh, mendorong pemberian ASI secara dini dan eksklusif, pengobatan sepsis neonatus, dan perawatan untuk bayi prematur dan bayi dengan berat badan lahir rendah.

Oleh karena itu, sejumlah organisasi menggunakan akronim EmONC (Emergency Obstetric and Neonatal Care/Pelayanan Kegawatdaruratan Kebidanan dan Neonatal) ketika mengadvokasi pentingnya menghubungkan intervensi-intervensi kesehatan maternal dengan intervensi-intervensi kesehatan neonatal sebagai bagian dari implementasi suatu kesinambungan layanan komprehensif untuk kesehatan ibu dan anak di kondisi darurat bencana.

Gambar 5: Penyebab Kematian Ibu*



* World Health Report 2005. WHO. p. 62. <http://www.who.int/whr/2005/en/index.html>.



2 Tujuan

Tujuan dari bab ini adalah untuk membantu para petugas, manajer dan pemberi layanan kesehatan reproduksi untuk:

- Merencanakan dan menerapkan layanan kesehatan maternal dan neonatal komprehensif di kondisi bencana.
- Memahami hambatan-hambatan kunci berdampak pada kematian maternal dan neonatal
- Mempertimbangkan intervensi-intervensi berdasarkan bukti ilmiah untuk intervensi-intervensi yang tercakup dalam layanan berkesinambungan untuk kesehatan maternal dan neonatal

3 Penyusunan Program Kesehatan Maternal dan Neonatal Komprehensif

Karena sebagian besar kematian maternal dan neonatal terjadi di sekitar waktu persalinan, kelahiran dan masa nifas segera setelah melahirkan, komponen-komponen Paket Pelayanan Awal Minimal (PPAM) terkait dengan Kesehatan Maternal dan Neonatal (lihat Bab 2) bertujuan untuk mengurangi kesakitan dan

kematian terkait dengan komplikasi-komplikasi ini dengan memastikan bahwa:

- Layanan kegawatdaruratan kebidanan dan neonatal tersedia termasuk:
 - ▶ Perawat dan bidan yang menolong persalinan di Pusat Kesehatan memiliki semua suplai yang diperlukan untuk menolong persalinan normal dan menangani komplikasi kebidanan dan neonatal (PONED : Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergency Dasar)
 - ▶ Staf medis yang terampil dan suplai yang dibutuhkan tersedia di rumah sakit rujukan untuk menangani semua komplikasi kebidanan dan neonatal (PONEK/ Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergency Komprehensif)
- Suatu sistem rujukan diterapkan untuk memfasilitasi transport dan komunikasi dari tingkat masyarakat ke tingkat pusat kesehatan masyarakat dan rumah sakit untuk ibu yang mengalami komplikasi kebidanan;
- Suplai persalinan yang bersih disediakan untuk ibu hamil yang terlihat yang mungkin tidak akan dapat menjangkau pusat kesehatan masyarakat ketika akan melahirkan.

* http://www.who.int/child_adolescent_health/media/causes_death_u5_neonates_2004.pdf.

Bab ini menggambarkan pendekatan-pendekatan untuk petugas, manajer dan pemberi layanan kesehatan reproduksi untuk mengembangkan program layanan kesehatan maternal dan neonatal komprehensif segera setelah situasi memungkinkan dengan membangun berdasarkan intervensi-intervensi PPAM. Pengembangan program kesehatan maternal dan neonatal komprehensif memiliki **tiga prioritas strategis**:

- Memahami dan menghilangkan hambatan terhadap layanan kesehatan maternal dan neonatal
- Meningkatkan ketersediaan layanan kesehatan maternal dan neonatal yang didasarkan pada bukti ilmiah
- Meningkatkan penggunaan dan permintaan akan layanan kesehatan maternal dan neonatal

Sebagian besar kematian ibu dan perinatal disebabkan oleh kegagalan memperoleh bantuan tenaga kesehatan tepat waktu untuk menangani komplikasi kehamilan dan persalinan. Bahkan dengan antenatal care dan pertolongan kelahiran terbaik sekalipun, semua persalinan dapat mengalami komplikasi dan membutuhkan intervensi gawat darurat. Oleh karena itu, kehadiran tenaga kesehatan terampil selama persalinan yang dilengkapi akses ke Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergency Dasar (PONED) dan Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergency Komprehensif (PONEK) adalah sangat penting untuk menyelamatkan nyawa perempuan dan bayi baru lahir dan mencegah kecacatan.

Meskipun bab ini memberikan panduan mengenai pendekatan-pendekatan pengembangan program serta komponen-komponen pelayanan kesehatan maternal dan neonatal, bab ini tidak dimaksudkan untuk memberikan panduan tata laksana komprehensif klinis yang rinci. Bacaan lanjutan memberikan lebih banyak informasi mengenai hal ini.

Program-program kesehatan maternal dan neonatal komprehensif memiliki tiga komponen layanan:

1. Ante Natal Care atau perawatan kehamilan
2. Perawatan persalinan (persalinan, kelahiran dan post partum segera setelah melahirkan)
3. Post Natal care untuk ibu dan bayi baru lahir

Layanan berkualitas menggarisbawahi semua komponen dari layanan kesehatan maternal dan neonatal komprehensif (lihat Bab 1 Prinsip-Prinsip Dasar). Unsur-unsur kualitas layanan kesehatan maternal dan neonatal mencakup:

- **Ketersediaan layanan kegawatdaruratan kebidanan dan bayi baru lahir:** Harus terdapat setidaknya 5 fasilitas PONED dan (termasuk setidaknya satu fasilitas PONEK) untuk setiap 500.000 orang. Fasilitas-fasilitas ini harus buka 24 jam per hari, 7 hari per minggu karena persalinan dan komplikasi dapat terjadi kapan saja.
- **Aksesibilitas geografis:** layanan-layanan tersebut dapat dijangkau melalui jalan darat atau air dan alat transportasi yang harganya terjangkau dapat ditemukan.
- **Tersedianya intervensi-intervensi yang didasarkan pada bukti ilmiah** untuk meningkatkan kesehatan maternal dan neonatal serta bertahan hidupnya ibu dan bayi selama kehamilan, kelahiran dan perawatan masa nifas (lihat Lampiran 1 untuk informasi yang rinci).
- **Penerimaan layanan:** layanan perlu bersifat:
 - ▶ **Terjangkau dari segi biaya** – upaya-upaya harus dilakukan untuk menawarkan layanan dengan harga yang lebih murah atau malah gratis.
 - ▶ **Sesuai dengan budaya setempat** – pertimbangkan bahasa dan budaya dari populasi target seperti kecenderungan untuk memilih petugas perempuan.

Meskipun demikian, kurangnya petugas perempuan tidak boleh menjadi hambatan dalam pemberian layanan.

- ▶ **Menghormati** setiap perempuan dan memperhatikan kekhawatiran-kekhawatirannya.

3.1 Needs assessment/Penilaian Kebutuhan

Setelah PPAM diterapkan, integrasikan pertimbangan-pertimbangan kesehatan maternal dan neonatal ke dalam penilaian kebutuhan untuk perencanaan kesehatan reproduksi komprehensif dalam rangka merancang program kesehatan maternal dan neonatal yang sesuai dan komprehensif. Dengan menggunakan kombinasi alat bantu yang ada, petugas kesehatan reproduksi perlu mengumpulkan atau mengestimasi informasi berikut ini dengan berkoordinasi dengan aktor-aktor sektor/kluster kesehatan lain:

Karakteristik populasi

- Jumlah populasi yang terkena dampak serta distribusi geografisnya.
- Indikator-indikator demografis terkait status kesehatan maternal dan neonatal dari populasi yang terkena dampak sebelum krisis terjadi seperti angka kematian ibu (AKI), angka kelahiran kasar (CBR/Crude Birth Rate), angka fertilitas umum (GFR/Growth Fertility Rate atau total (TFR/Total Fertility Rate), prevalensi kontrasepsi (CP/contraceptive prevalence), persentasi persalinan ditolong tenaga kesehatan (% petugas kesehatan), dll.
- Jumlah wanita usia subur, ibu hamil dan bayi baru lahir.
- Jumlah persalinan per bulan
- Keyakinan, pengetahuan, sikap dan praktek populasi terkait kehamilan dan persalinan
- Kesadaran masyarakat terhadap ketersediaan layanan kesehatan maternal dan neonatal dan kepuasan mereka terhadap layanan tersebut.

Karakteristik pelayanan kesehatan dan staff pemberi layanan

Petakan titik-titik layanan kesehatan yang sudah ada berdasarkan lokasi geografis, jenis dan lembaga yang mendukung/mengaturinya. Setiap fasilitas yang ada perlu dievaluasi terkait kapasitasnya untuk memberikan layanan kesehatan maternal dan neonatal berkualitas termasuk layanan kegawatdaruratan kebidanan dan layanan bayi baru lahir, ketersediaan staf kesehatan terampil dan suplai medis dan/atau kemungkinan untuk merujuk ke layanan di tingkat lebih tinggi. Contoh informasi yang perlu dikumpulkan adalah sebagai berikut:

- Jumlah, lokasi dan tipe pusat kesehatan dan rumah sakit
- Fasilitas yang mana yang menyediakan layanan kesehatan maternal dan neonatal termasuk PONEK dan PONEK
- Ketersediaan alat yang berfungsi, suplai dan obat-obatan untuk pemberian layanan kesehatan maternal dan neonatal
- Supply untuk kewaspadaan standard termasuk fasilitas penanganan limbah medis dan pembuangan plasenta
- Jumlah, tipe dan tingkat keterampilan petugas kesehatan (lihat juga Kotak 26: Petugas kesehatan terampil versus dukun bayi tradisional).
- Ketersediaan protokol dan panduan kesehatan maternal dan neonatal terkait mekanisme rujukan:
 - ▶ Jarak dari masyarakat ke fasilitas PONEK
 - ▶ Jarak dari fasilitas PONEK ke fasilitas PONEK
 - ▶ Pilihan transportasi yang dapat digunakan
 - ▶ Sarana komunikasi
 - ▶ Protokol untuk menangani dan merujuk komplikasi
- Ketersediaan air bersih, listrik, lemari pendingin dan sanitasi (fasilitas mandi dan toilet) pada titik pemberian layanan
- Ketersediaan nutrisi yang memadai untuk ibu hamil dan menyusui
- Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) mengenai ketersediaan layanan

Kotak 26: Petugas Kesehatan Terampil versus Dukun Bayi

“Petugas kesehatan terampil” didefinisikan sebagai: “petugas kesehatan terakreditasi – seperti bidan, dokter atau perawat yang telah dididik dan dilatih untuk menguasai keterampilan-keterampilan yang diperlukan untuk menangani kehamilan normal (tanpa komplikasi), persalinan dan periode segera setelah persalinan serta mengidentifikasi, menangani dan merujuk kasus komplikasi pada ibu dan bayi baru lahir”*

Meskipun **dukun bayi**, baik yang telah dilatih atau belum pernah dilatih, tidak dapat dianggap sebagai tenaga kesehatan terampil, mereka seringkali memiliki tempat khusus di masyarakat. Melatih dukun bayi menjadi tenaga penolong persalinan terampil tidak lagi direkomendasikan tetapi penting sekali untuk mengintegrasikan dukun bayi ke dalam aspek-aspek pelayanan persalinan lain pada kesehatan maternal dan neonatal. Misalnya, dukun bayi dapat berperan dalam mempromosikan kesehatan reproduksi, menangani hambatan terkait pelayanan, memfasilitasi rujukan ke fasilitas kesehatan dan memberikan dukungan selama persalinan kepada ibu. Kerjasama semacam ini dapat mengoptimalkan penerimaan masyarakat terhadap layanan kesehatan maternal dan neonatal dan membantu membangun jejaring antara keluarga, masyarakat, pemerintah setempat dan layanan kesehatan reproduksi.

* Dari: *Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant* : pernyataan bersama WHO, ICM dan FIGO. WHO 2004.

Perundangan dan kebijakan nasional

Petugas, manajer dan pemberi layanan kesehatan reproduksi juga harus memahami perundangan dan kebijakan nasional terkait kesehatan maternal dan neonatal. Misalnya, apakah ada undang-undang, peraturan atau

kebijakan terkait:

- Menurunkan angka kematian ibu?
 - Akses terhadap layanan kesehatan maternal dan neonatal serta penyediaan layanan?
- Berikan perhatian khusus terhadap penyediaan:
- ▶ Audit dan pengkajian kematian ibu, perinatal, dan neonatal secara rutin
 - ▶ Perijinan untuk penolong persalinan terampil
 - ▶ Dukun bayi
 - ▶ Penggunaan distribusi dan penyediaan obat-obatan esensial untuk kesehatan maternal dan neonatal
- Keharusan untuk mendaftarkan kelahiran?
 - Tes HIV pada ibu hamil dan pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak?
 - Perawatan, pengobatan dan dukungan untuk ibu hamil HIV positif?
 - Diperlukan ijin pihak ketiga (misalnya suami) untuk mengakses layanan kesehatan maternal?
 - Mutilasi genital perempuan (FGM/female Genital Mutilation) atau sunat perempuan dan atau praktek berbahaya lain yang memunculkan konsekuensi yang bersifat merugikan kesehatan ibu?
 - Eliminasi pernikahan dini, nikah paksa, usia minimal untuk menikah dan/atau kebebasan dan persetujuan penuh untuk menikah?

3.2 Mengurangi hambatan-hambatan terkait penggunaan layanan kesehatan maternal dan neonatal

Untuk memastikan bahwa layanan yang diberikan sesuai, memiliki kualitas tinggi dan digunakan secara penuh, petugas dan manajer program kesehatan reproduksi harus memastikan bahwa:

- Hambatan-hambatan terhadap penggunaan layanan berkurang
- Komponen-komponen layanan kesehatan maternal dan neonatal disediakan oleh staf terampil yang memiliki suplai yang memadai dan sesuai kebutuhan serta

telah menerima pelatihan penyegaran dan supervisi secara ketat

- Pemberi layanan memahami dan mendiskusikan keyakinan-keyakinan dan praktek-praktek yang berkembang di masyarakat serta kebiasaan mencari pertolongan kesehatan terkait dengan kehamilan dan persalinan seperti gizi, posisi lahir, kehadiran anggota keluarga untuk memberikan dukungan dan praktek-praktek tradisional baik yang positif (menyusui) maupun negatif (sunat perempuan)
- Semua ibu dan keluarga mereka mengetahui tempat untuk melakukan pemeriksaan kehamilan dan bantuan untuk melahirkan serta cara mengenali tanda-tanda komplikasi.

Karena sebagian besar kematian ibu dan perinatal terjadi akibat kegagalan untuk memperoleh pertolongan tepat pada waktunya ketika terjadi komplikasi persalinan (lihat Kotak 28) maka sangatlah penting untuk memiliki suatu sistem yang terkoordinasi dengan baik untuk mengidentifikasi komplikasi kebidanan dan memastikan bahwa penanganan segera dan/atau rujukan ke rumah sakit dengan fasilitas pembedahan dilakukan dengan benar. Biasanya, petugas kesehatan harus memahami bahwa semakin jauh lokasi fasilitas rujukan maka semakin dini mereka harus membuat keputusan untuk merujuk ibu dengan komplikasi persalinan.

Petugas dan manajer program kesehatan reproduksi dapat menggunakan model Tiga Terlambat untuk mengidentifikasi intervensi-intervensi relevan untuk mengurangi hambatan terhadap penggunaan layanan di tempat mereka (lihat Gambar 7). Intervensi-intervensi ini mungkin mencakup, misalnya, memastikan adanya sistem rujukan yang sesuai dan membangun sistem komunikasi seperti radio dan telepon seluler. Suatu sistem rujukan memerlukan protokol yang menyebutkan kapan dan kemana harus merujuk dan catatan yang memadai untuk kasus-kasus yang dirujuk. Intervensi ini mengimplikasikan koordinasi dan komunikasi yang efektif serta kepercayaan dan pengertian antara masyarakat, pemberi layanan, pusat kesehatan dan rumah sakit.

Kotak 27: Meningkatkan akses ke Fasilitas Kesehatan: Rumah Tunggu Ibu Bersalin

Rumah tunggu ibu bersalin adalah fasilitas menginap yang berada di dekat fasilitas medis yang memenuhi kualifikasi. Ibu yang telah dinyatakan “berisiko tinggi” dapat menunggu persalinan mereka di tempat tersebut dan dipindahkan ke fasilitas medis yang berada di dekatnya saat menjelang persalinan, atau lebih dini jika terjadi komplikasi. Banyak pihak menganggap bahwa rumah tunggu ibu bersalin merupakan unsur kunci dari strategi untuk “menjembatani kesenjangan geografis” dalam layanan kebidanan antara daerah pedesaan yang sulit mendapatkan akses fasilitas kesehatan dengan daerah perkotaan yang memiliki layanan lengkap tersebut. Sebagai salah satu komponen dari paket layanan kebidanan komprehensif, rumah tunggu ibu bersalin dapat menawarkan cara murah untuk membawa ibu lebih dekat ke layanan kebidanan yang diperlukan.

Dari: *Maternity waiting homes: a review of experiences*, WHO, 1996. www.who.int/reproductive-health/publications/maternal_perinatal_health/MSM_96_21/en/index.html

3.3 Ante Natal Care (ANC)

Paket Ante Natal Care (ANC) yang ideal terdiri dari empat kunjungan antenatal untuk kehamilan tanpa komplikasi dengan kunjungan pertama di awal kehamilan, kunjungan kedua di usia kandungan 24-28 minggu, kunjungan ketiga pada usia kandungan 32 minggu dan kunjungan keempat pada usia kandungan sekitar 36 minggu. Jumlah kunjungan yang direkomendasikan mungkin bervariasi sesuai dengan kebijakan nasional negara terkait.

Kotak 28: Model Tiga Terlambat: Mengidentifikasi Hambatan terhadap Penggunaan Layanan

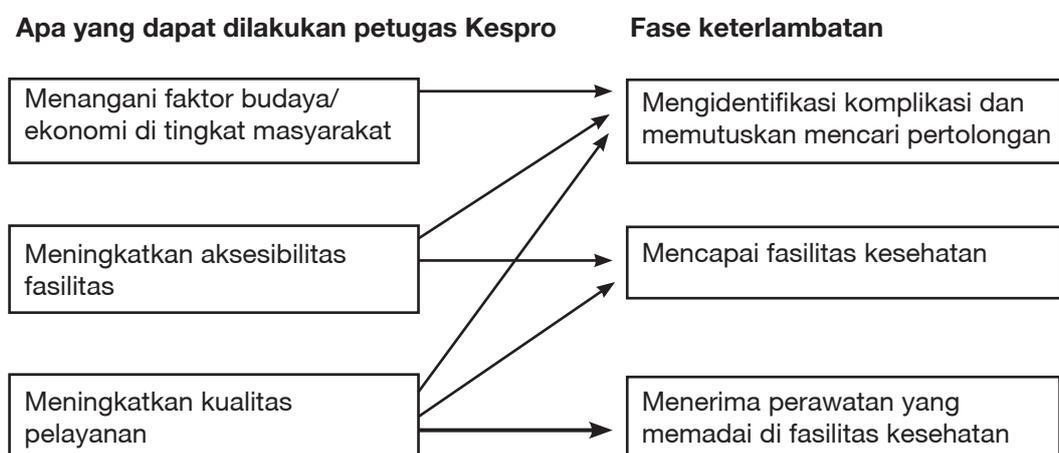
Meskipun ketersediaan layanan kegawatdaruratan kebidanan diperlukan untuk mengurangi kematian ibu tetapi ketersediaan layanan saja tidak memadai. Setiap tempat memiliki kondisi yang mungkin menghambat masyarakat untuk menggunakan suatu fasilitas kesehatan. Bahkan ketika layanan berfungsi baik, ibu dengan komplikasi kebidanan menghadapi berbagai hambatan untuk menggunakan layanan tersebut. Beberapa dari layanan tersebut terkait dengan kondisi ekonomi, misalnya tidak memiliki uang untuk transportasi atau membayar layanan, beberapa hambatan bersifat kultural misalnya nilai nyawa perempuan yang rendah, beberapa bersifat geografis seperti jarak yang jauh dan jalan yang buruk. Apapun yang menyebabkan keterlambatan penanganan dapat menyebabkan ibu kehilangan nyawa.

Meskipun terdapat banyak faktor yang dapat menyebabkan keterlambatan tersebut, faktor-faktor ini dapat dikelompokkan ke dalam suatu model sederhana yang disebut Tiga Terlambat. Model ini menunjukkan tiga jenis keterlambatan yang berperan terhadap kemungkinan terjadinya kematian ibu:

1. **Terlambat di tingkat masyarakat** dalam mengidentifikasi komplikasi dan memutuskan untuk mencari perawatan.
2. **Terlambat mencapai fasilitas kesehatan** (tidak dapat memperoleh transportasi, kondisi jalan yang buruk, kondisi yang tidak aman, adanya titik pemeriksaan/check point, adanya jam malam, dll.)
3. **Keterlambatan menerima perawatan yang memadai di fasilitas kesehatan** (petugas kesehatan tidak di tempat, tidak adanya obat atau bahan habis pakai lain, biaya pengobatan yang mahal, adanya keharusan membayar uang muka sebelum menerima tindakan medis, dll.)

Diadaptasi dari: *The Design and Evaluation of Maternal Mortality Programs*, Center for Population and Family Health, School of Public Health, Columbia University. 1997.

Gambar 7: Menangani Tiga Terlambat



Diadaptasi dari: *The Design and Evaluation of Maternal Mortality Programs*, Center for Population and Family Health, School of Public Health, Columbia University, 1997

Tujuan utama Ante Natal Care adalah untuk:

- Memberikan penyuluhan dan tindakan pencegahan penyakit dan promosi kesehatan
- Mengidentifikasi dan menangani masalah kesehatan yang ada serta komplikasi yang terjadi selama kehamilan
- Menangani ibu yang memerlukan perawatan khusus selama persalinan seperti ibu yang sebelumnya mengalami bedah sesar atau FGM/sunat perempuan (lihat sub bab 3.6 Masalah Khusus).

Untuk gambaran umum mengenai intervensi perawatan antenatal, lihat tabel di Lampiran 1.

Pencegahan dan pengobatan malaria

Malaria merupakan penyebab dari 2-15% anemia pada ibu hamil di Afrika yang menyebabkan peningkatan risiko kesakitan dan kematian maternal. Malaria juga meningkatkan risiko aborsi spontan, lahir mati, lahir prematur dan bayi dengan berat badan lahir rendah. Sekitar 3-8% dari semua kematian bayi dapat dilihat hubungannya dengan infeksi malaria pada ibu.* Untuk mencegah malaria selama kehamilan:

- Berikan dorongan kepada semua ibu hamil untuk tidur di bawah kelambu yang sudah diberi insektisida (Insecticide-treated bed nets/ITN) sedini mungkin pada kehamilan dan terus menggunakannya selama masa nifas bersama dengan bayinya. Kelambu harus digunakan sepanjang malam, setiap malam dan menutupi seluruh tempat tidur.
- Memberikan terapi pencegahan intermiten di daerah-daerah dengan penularan malaria falsiparum stabil. Berikan seidaknya dua dosis sulfadoksin-pirimetamin kepada semua ibu hamil segera setelah adanya gerakan fetus pertama. Berikan dosis dengan interval setidaknya satu bulan.
- Berikan saran pada ibu untuk menutup

pintu dan jendela untuk mencegah nyamuk masuk ke dalam rumah, menghindari keluar setelah hari gelap atau sebelum matahari terbit dan untuk menggunakan obat nyamuk untuk membunuh atau mengusir nyamuk.

Nilai ibu hamil untuk anemia dan/atau demam yang telah terpapar malaria dan obati malarianya sesuai dengan pedoman yang berlaku di negara terkait.

Skrining untuk sifilis

Semua ibu hamil harus diskriming untuk melihat apakah ia menderita sifilis atau tidak pada kunjungan antenatal pertama. Sifilis memiliki kontribusi terhadap kesakitan maternal dan hasil akhir kehamilan yang negatif. Setiap tahun, sifilis dalam kehamilan menyebabkan setengah juta bayi lahir mati dan keguguran serta bertanggung jawab untuk setidaknya setengah juta bayi lahir dengan sifilis bawaan. Sebelumnya, tes standard untuk sifilis sulit dilakukan dan tidak bisa dilakukan di layanan kesehatan dasar. tes skrining sifilis yang sederhana dan efektif sekarang tersedia dengan hasil yang segera diperoleh sehingga ibu yang menerima hasil tes positif dapat diobati tanpa penundaan di titik tempat ia menerima layanan.

Skrining HIV dan pencegahan penularan dari ibu ke anak (PMTCT/Prevention of Mother to Child Transmission)*

Sekitar 430.000 anak menjadi terkena infeksi baru HIV di tahun 2008 dengan lebih dari 90% di antaranya tertular melalui penularan ibu ke anak. Tanpa pengobatan, sekitar setengah dari anak-anak yang terinfeksi ini akan meninggal dunia sebelum ulang tahun mereka yang kedua.

* Malaria prevention and treatment, Integrated management of pregnancy and childbirth (IMPAC). Standards for Maternal and Neonatal Care 1.7. WHO 2006. www.who.int/making_pregnancy_safer/publications/Standards1.7N.pdf.

* Dari: PMTCT strategic vision 2010–2015: preventing mother-to-child transmission of HIV to reach the UNGASS and Millennium Development Goals. WHO 2010. www.who.int/hiv/pub/mtct/strategic_vision.pdf.

Kotak 29: Tes Sifilis

Di hampir semua negara, tes rapid plasma reagin/Reagen plasma cepat (RPR) digunakan untuk skrining sifilis. RPR sulit dilakukan di situasi bencana karena memerlukan penyimpanan dalam lemari pendingin, listrik serta staf laboratorium yang terampil. Rapid diagnostic test (RDT)/Tes Diagnosa Cepat untuk sifilis telah tersedia secara komersial dalam waktu beberapa tahun terakhir. Dari sudut pandang pentingnya pengobatan dini dalam mencegah sifilis neonatal, RDT memberikan kesempatan yang sangat baik untuk implementasi skrining sifilis rutin di layanan perawatan antenatal di situasi bencana tempat uji RPR tidak tersedia atau tidak dapat dilakukan. Untuk informasi lebih lanjut mengenai RDT, lihat Bab 9: Infeksi Menular Seksual.

Tanpa intervensi, risiko penularan dari ibu ke anak berkisar antara 20% sampai 45%. Dengan intervensi spesifik, risiko penularan dari ibu ke anak dapat dikurangi hingga kurang dari 2% pada ibu yang tidak menyusui dan hingga 5% atau kurang pada ibu yang menyusui.

Rekomendasi kunci dan prinsip PMTCT:

1. Tawarkan konseling dan tes HIV sukarela (VCT/Voluntary Counseling and Testing) kepada semua ibu hamil
2. Mulailah terapi ARV (ART) seumur hidup untuk semua ibu dengan HIV positif yang memperlihatkan penyakit yang parah secara klinis atau dengan jumlah CD4 350 sel/mm³ atau di bawah itu meskipun tidak terdapat gejala.
 - ▶ Ibu hamil yang memerlukan ART untuk kesehatan dirinya pribadi harus menerima ART
 - ▶ Pemeriksaan CD4 sangat penting untuk menentukan apakah ibu harus menerima ART atau tidak dan harus tersedia secara luas
3. Untuk ibu yang tidak memenuhi syarat untuk ART, berikan kombinasi profilaksis ARV (dengan AZT atau profilaksis

triple ARV) mulai trimester kedua dan dihubungkan dengan profilaksis setelah persalinan.

4. Di tempat-tempat dimana menyusui merupakan pilihan pemberian asupan pada bayi yang lebih disukai, berikan profilaksi pada ibu atau bayi selama menyusui (lihat 3.4).
Untuk informasi lebih lanjut, lihat Bab 10: HIV

Pencegahan penyakit dan promosi kesehatan

Selain dari yang telah disebutkan di atas, tindakan-tindakan preventif juga mencakup imunisasi tetanus dan pengobatan presumptif untuk cacing tambang.

Penyuluhan dan promosi kesehatan bertujuan untuk:

- Meningkatkan upaya merawat diri secara sehat termasuk gizi yang memadai, menghindari zat-zat yang memiliki potensi bahaya, kebersihan untuk mencegah infeksi, istirahat dan aktifitas yang memadai, pencegahan IMS/HIV, malaria dan anemia
- Mempromosikan menyusui dan persiapan untuk menyusui
- Mendukung perilaku mencari layanan kesehatan, termasuk mengenali tanda bahaya dan harus pergi kemana untuk mencari pertolongan
- Mempromosikan keluarga berencana post partum atau jarak antara kehamilan serta perawatan bayi baru lahir (termasuk nutrisi, perawatan tali pusat, dan imunisasi).

Kebutuhan nutrisi untuk ibu hamil dan menyusui

Selama kehamilan dan menyusui, kebutuhan gizi ibu akan energi, protein dan mikronutrien meningkat secara signifikan. Ibu hamil memerlukan tambahan 285 kkal/hari dan ibu menyusui membutuhkan tambahan 500 kkal/hari. Asupan zat besi, asam folat, vitamin A dan yodium yang memadai menjadi penting

secara khusus untuk kesehatan ibu dan bayinya. Peningkatan kebutuhan mikronutrien untuk ibu hamil dan menyusui biasanya tidak dipenuhi melalui porsi makanan dasar. Oleh karena itu, ibu hamil dan menyusui harus menerima suplemen makanan yang difortifikasi dan mengandung 500 sampai 700 kkal untuk dimakan di tempat dan 1000 hingga 1200 kkal jika diberikan sebagai ransum makanan yang dibawa pulang. Ibu hamil harus menerima suplemen zat besi setiap hari (60 mg/hari) serta asam folat (400 µg/hari). Ibu menyusui harus menerima suplemen vitamin A (400 000 IU dalam 2 dosis masing-masing 200 000 IU dengan interval setidaknya 24 jam dalam jangka waktu enam minggu setelah persalinan). Dukung pemberian asi eksklusif selama enam bulan pertama dan dilanjutkan dengan menyusui hingga dua tahun atau lebih (lihat 3.4).

Persiapan persalinan

Ante Natal Care memberikan kesempatan kepada ibu dan petugas kesehatan yang menanganinya untuk membuat suatu rencana persalinan dan kedaruratan berdasarkan kebutuhan, sumber daya dan situasi unik ibu. Rencana persalinan normal dan persalinan darurat mengidentifikasi yang diinginkan ibu untuk tempat dan dengan siapa ia ingin melahirkan serta tindakan yang perlu dilakukan jika terjadi komplikasi (transportasi, tempat rujukan, dana darurat). Karena sebagian besar komplikasi selama persalinan dan melahirkan tidak dapat diprediksi, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terampil di fasilitas kesehatan dengan peralatan lengkap yang mampu menangani kemungkinan komplikasi sangat direkomendasikan dan harus didukung.

Mencatat semua data klinis

Semua temuan dan pengobatan klinis yang diberikan selama masa antenatal care harus dicatat dan catatan tersebut harus dipegang oleh ibu. Pencatatan yang baik sangat penting untuk memfasilitas pengambilan keputusan dan intervensi yang sesuai.

3.4 Layanan Persalinan

Menit-menit pertama setelah kelahiran merupakan masa-masa kritis bagi ibu dan bayi baru lahir.

Proses melahirkan terdiri dari persalinan, kelahiran dan periode segera setelah kelahiran. Proses ini harus terjadi di fasilitas kesehatan yang memastikan adanya privasi, aman, khusus dan dilengkapi dengan suplai, alat serta staf yang diperlukan dan transportasi serta komunikasi ke rumah sakit rujukan untuk kegawatdarurat kebidanan dan neonatal. Petugas kesehatan reproduksi harus memastikan bahwa semua fasilitas layanan memiliki protokol klinis serta tindakan kewaspadaan standard terkait dengan penanganan limbah untuk cairan ketuban, darah dan plasenta. Mencuci tangan dan kewaspadaan standard lainnya harus dilakukan.

Partograf

Partograf harus digunakan untuk setiap kelahiran untuk memantau kemajuan persalinan, kondisi ibu dan fetus secara ketat serta sebagai alat bantu pembuatan keputusan untuk penanganan lebih lanjut dari rujukan (lihat lampiran 2).

Pencegahan perdarahan pasca melahirkan

Salah satu penyebab utama kematian ibu adalah perdarahan pasca melahirkan. Manajemen aktif kala tiga akan mengurangi risiko plasenta tertahan dan perdarahan pasca melahirkan. Petugas kesehatan terampil harus menawarkan manajemen aktif kala tiga ke semua ibu. Tata laksana ini mencakup:

1. Pemberian obat uterotonika, lebih disukai oksitosin, kepada ibu dalam waktu satu menit setelah kelahiran bayi,
2. Penarikan tali pusat terkontrol
3. Pemijatan uterus dari luar setelah plasenta dilahirkan

Oksitosin merupakan uterotonika yang

direkomendasikan untuk pencegahan dan perawatan perdarahan pasca persalinan atonik. Meskipun demikian, di beberapa tempat, mungkin pemberian intervensi manajemen aktif kala tiga secara penuh tidak memungkinkan karena tidak adanya staf terampil, kesulitan untuk memastikan praktek penyuntikan aman dan/atau tidak adanya lemari pendingin, sehingga penggunaan oksitosin tidak memungkinkan. Dalam kondisi seperti ini, penggunaan misoprostol direkomendasikan. Petugas kesehatan yang memberikan misoprostol harus dilatih untuk menghindari pemberian misoprostol sebelum kelahiran, penggunaan yang benar (misoprostol 600 mikrogram per oral segera setelah bayi lahir) dan mengidentifikasi serta menangani efek samping. Dalam kasus semacam itu, tidak ada intervensi aktif untuk melahirkan plasenta yang boleh dilakukan.*

Pelayanan kegawatdaruratan kebidanan dan neonatal

Selain perawatan esensial selama persalinan dan kelahiran, layanan PONEK harus dilakukan di tingkat pusat kesehatan masyarakat untuk menangani komplikasi utama selama kelahiran termasuk masalah-masalah bayi baru lahir, atau menstabilkan ibu sebelum dirujuk ke rumah sakit. Pastikan provider kesehatan telah terampil tentang prosedur penanganan kegawatdaruratan kebidanan dan neonatal. Informasikan protokol secara luas dan buat obat-obatan, peralatan dan suplai tersedia di semua pusat kesehatan. Seperti halnya kedaruratan maternal, kedaruratan neonatal tidak selalu dapat diprediksi. Misalnya, mungkin saja bayi tidak bernafas sehingga staf harus siap untuk melakukan resusitasi neonatal di setiap persalinan. Lebih jauh lagi, komplikasi ibu dapat menyebabkan bayi baru lahir terganggu secara bermakna sehingga staf harus siap sebelum kelahiran terjadi.

“Fungsi sinyal” adalah intervensi medis kunci yang digunakan untuk menangani komplikasi kebidanan langsung yang merupakan penyebab utama kematian maternal di seluruh dunia. Tabel 17 menggambarkan fungsi-fungsi sinyal terkait dengan layanan PONEK dan PONEK. Sejumlah layanan penting tidak disebutkan tetapi dimasukkan ke dalam fungsi-fungsi sinyal ini. Misalnya, saat melakukan bedah sesar berarti tindakan anestesi/pembiusan harus diberikan.

Perawatan awal neonatal

Kematian neonatal terjadi tujuh kali lebih sering dibandingkan dengan kematian ibu. Ketiga penyebab utama kematian bayi baru lahir adalah asfiksia pada saat lahir, infeksi dan komplikasi prematuritas dan berat badan lahir rendah (BBLR). Kondisi-kondisi ini dapat dicegah dan dapat ditangani jika ibu memiliki akses terhadap layanan kegawatdaruratan kebidanan dan neonatal. Staf harus dilatih untuk mengenali kedaruratan dan merujuk ke tingkat layanan lebih tinggi jika diperlukan.

Perawatan awal bayi normal mencakup:

- Menjaga bayi tetap kering dan hangat serta memastikan kontak kulit ke kulit dengan ibu.
- Mendorong ibu untuk menyusui bayinya dalam rentang waktu satu jam setelah melahirkan jika bayi dan ibu telah siap
- Memantau perdarahan tali pusar, kesulitan bernafas, pucat dan sianosis secara ketat
- Berikan perawatan mata untuk mencegah optalmia neonatorum
- Berikan imunisasi (Hepatitis B dan/atau BCG sesuai dengan protokol nasional)

Pencegahan dan tata laksana penyebab utama kematian neonatal mencakup:

* WHO Statement regarding the use of misoprostol for postpartum haemorrhage prevention and treatment.
WHO. 2009.
www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/misoprostol/en/.

Tabel 17: Tindakan (“fungsi sinyal”) untuk Pelayanan Kegawatdaruratan Kebidanan dan Neonatal

Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergency Dasar (PONED)	Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergency Komprehensif (PONEK)
1. Memberikan antibiotik parenteral	Melakukan tindakan 1-7 ditambah:
2. Memberikan obat-obat uterotonika (yaitu oksitosin parenteral)	8. Melakukan pembedahan (misalnya bedah sesar)
3. Memberikan antikonvulsan parenteral untuk pre-eklamsia dan eklamsia (yaitu magnesium sulfat)	9. Melakukan transfusi darah
4. Mengeluarkan plasenta secara manual	
5. Mengeluarkan sisa-sisa jaringan yang tertinggal (misalnya, ekstraksi vakum manual, dilatasi dan kuretase)	
6. Melakukan persalinan per vagina dengan bantuan (misalnya ekstraksi vakum, kelahiran dengan forseps)	
7. Melakukan resusitasi bayi baru lahir dasar (misalnya dengankantung dan masker/bag and mask)	
Suatu fasilitas PONED adalah fasilitas yang memiliki fungsi 1-7. Suatu fasilitas PONEK adalah fasilitas yang dapat melakukan semua fungsi dari 1-9.	

Dari: Monitoring emergency obstetric care, a handbook. WHO/UNFPA/UNICEF/AMDD. WHO. 2009.

- **Asfiksia saat lahir:** 5-10% dari semua bayi baru lahir memerlukan suatu jenis resusitasi pada saat lahir. Resusitasi bayi baru lahir terdiri dari serangkaian intervensi dari mulai yang sederhana seperti menjaga bayi tetap kering dan hangat, stimulasi, posisi dan pembersihan saluran pernafasan (suction), hingga yang lebih rumit seperti ventilasi (resusitasi dengan bag-and-mask). Semua bayi baru lahir harus dipantau dengan ketat setelah tindakan resusitasi.
- **Infeksi:** terutama sepsis, pneumonia, tetanus dan diare. Tindakan-tindakan preventif mencakup penerapan praktek pencegahan infeksi selama kelahiran, imunisasi tetanus toxoid selama hamil, perawatan tali pusat yang baik, menjaga bayi tetap hangat dan pemberian ASI eksklusif secara dini.

- **Kelahiran prematur/BBLR:** Komplikasi yang terkait dengan kelahiran prematur/ BBLR adalah hipoglikemia, hipotermia, kesulitan minum, ikterus dan peningkatan risiko infeksi. Perawatan bayi prematur/ BBLR mencakup perawatan kangguru atau kontak kulit ke kulit, menjaga bayi tetap hangat, pemberian ASI segera secara eksklusif, bantuan menyusui, pencegahan infeksi dan identifikasi awal serta perawatan infeksi dan komplikasi.

3.5 Post Natal Care (PNC) dan perawatan bayi baru lahir

Periode setelah kelahiran adalah saat terjadi perubahan-perubahan fisiologis secara cepat pada ibu dan bayi dengan 24 – 48 jam pertama sebagai masa paling kritis. Enam puluh persen kematian maternal dan 40% kematian

neonatal terjadi dalam 24 jam pertama setelah kelahiran. Setelah persalinan tanpa komplikasi dengan bayi cukup bulan yang sehat, direkomendasikan untuk menahan ibu dan bayi di fasilitas kesehatan untuk observasi. Jika ibu dibolehkan pulang sebelum 48 jam setelah melahirkan, petugas yang kompeten harus menilai kondisi ibu dan bayi dalam waktu 24-48 jam setelah ibu pulang. Pastikan petugas kesehatan terampil dalam mengenali komplikasi pasca persalinan dan merujuk ibu dan bayi baru lahir yang mungkin memerlukan observasi atau perawatan lebih lanjut. Beritahu keluarga mengenai tanda bahaya pasca persalinan pada ibu dan bayi baru lahir untuk dapat mencari pertolongan secara dini jika diperlukan.

Kunjungan pasca persalinan merupakan saat untuk menilai dan mendiskusikan kebersihan diri, menyusui, dan metode yang tepat dan waktu yang tepat untuk keluarga berencana (lihat Bab 4: Kesehatan Reproduksi Remaja). Pastikan adanya dukungan petugas kesehatan secara dini dan pemberian ASI eksklusif serta diskusikan gizi yang sesuai untuk ibu. Tablet zat besi dan folat harus dilanjutkan dan vitamin A serta minyak atau garam beryodium diberikan jika perlu. Kunjungan pasca persalinan juga memberikan kesempatan untuk menimbang bayi dan mendiskusikan perawatan bayi.

Bayi baru lahir harus dirujuk ke klinik Balita untuk memperoleh imunisasi, pemantauan pertumbuhan dan layanan-layanan kesejahteraan anak lain.

Menyusui secara khusus merupakan hal penting dalam situasi bencana. Risiko terkait dengan pemberian susu botol atau pengganti ASI sangat meningkat ketika kebersihan sangat buruk, terlalu banyak orang dalam satu tempat dan akses terbatas terhadap air dan bahan bakar. Dalam situasi semacam ini, ASI mungkin merupakan satu-satunya sumber makanan yang aman dan berkesinambungan untuk bayi. Kehangatan dan perawatan yang diberikan selama menyusui juga merupakan hal

penting bagi ibu dan bayi. Karena menyusui juga merupakan aktifitas tradisional untuk ibu, menyusui dapat membuat ibu percaya diri. Oleh karena itu, penting sekali untuk mengawasi pemberian ASI dalam waktu satu jam setelah kelahiran, mendorong pemberian ASI eksklusif, mendorong menyusui secara sering dan sesuai kebutuhan bayi (termasuk di malam hari) dengan tidak membatasi periode dan frekuensi menyusui. Pemberian ASI setiap kali bayi menginginkan selama enam bulan pertama juga merupakan salah satu cara ber-KB selama menstruasi belum kembali dan tidak ada makanan lain diberikan kepada bayi (lihat Bab 5: Keluarga Berencana).

Dukung ibu dengan HIV positif untuk membuat keputusan berdasarkan informasi mengenai cara pemberian asupan pada bayinya. Pastikan bahwa ibu positif telah dikonseling dan memiliki akses terhadap terapi AIDS atau profilaksis ART (PMTCT) dan bayi dirawat setelah kelahiran (lihat 3.4). Di tempat-tempat ketika pemberian asupan pengganti (dengan susu formula) memunculkan risiko tinggi untuk penyakit, malnutrisi dan kematian, hasil akhir kesehatan bayi akan lebih baik jika ibu dengan HIV menyusui bayinya.

Ibu yang telah diketahui terinfeksi HIV (dan yang bayinya tidak terinfeksi HIV atau belum diketahui status HIV-nya) harus menyusui bayinya secara eksklusif selama enam bulan pertama, memperkenalkan makanan tambahan setelah masa tersebut dan melanjutkan menyusui selama 12 bulan awal kehidupan. Menyusui hanya bisa dihentikan setelah terdapat makanan yang dengan gizi memadai dan aman tanpa ASI* (lihat Bab 10: HIV untuk informasi lebih lanjut).

3.6 Masalah-masalah khusus

Aborsi aman dan perawatan pasca aborsi

Untuk informasi mengenai aborsi aman

* Infant feeding in the context of HIV. Key Messages. WHO. 2009. www.who.int/hiv/pub/paediatric/advice/en/.

dan perawatan pasca aborsi, lihat Bab 7: Perawatan Aborsi Komprehensif.

Fistula obstetrik/fistula kebidanan

Diperkirakan bahwa lebih dari 2 juta ibu menderita fistula obstetrik yang tidak diobati dan setidaknya 50.000 sampai 100.000 ibu mengalami ini setiap tahun.** Mayoritas kasus fistula disebabkan oleh persalinan yang panjang atau partus macet (salah satu dari penyebab utama kesakitan dan kematian maternal).

Petugas kesehatan reproduksi harus memastikan bahwa program fistula nasional menjangkau pengunjung internal dan eksternal. Strategi pemberantasan fistula mencakup pencegahan primer, pencegahan sekunder, pengobatan dan re-integrasi. Pencegahan primer dan sekunder mencakup penundaan pernikahan dini dan persalinan dini, meningkatkan gizi untuk anak perempuan dan remaja, penyuluhan untuk melawan praktek tradisional berbahaya, peningkatan pendidikan bagi ibu dan anak perempuan dan akses lebih baik terhadap layanan kegawatdaruratan kebidanan, terutama bedah sesar. Semua komponen harus dipadukan dalam kampanye dan program fistula.

Mutilasi genital perempuan (FGM)/sunat perempuan

Komplikasi terkait FGM/sunat perempuan selama masa kehamilan dapat diidentifikasi melalui anamnesis dan pemeriksaan panggul selama ante natal care. Di tempat-tempat dimana FGM tipe III*** sering dilakukan, daerah vulva harus diperiksa secara rutin pada kunjungan ANC pertama. Pembukaan infibulasi dilakukan selama trimester kedua setelah konseling pada ibu dan pasangannya dengan hati-hati. Setelah infibulasi dibuka, episiotomi

hanya dilakukan jika perlu selama proses persalinan.

Ketika ibu dengan FGM tipe III melahirkan, pembentukan jaringan parut kaku di sekitar lubang vagina akan menyebabkan keterlambatan dalam kala dua persalinan yang dapat membahayakan ibu dan bayi. Episiotomi anterior dengan menggantung parut infibulasi yang mungkin diperluas ke episiotomi lateral mungkin diperlukan untuk persalinan aman. Alternatif lain, bayi mungkin perlu dilahirkan melalui sesar. Petugas kesehatan harus dilatih untuk tidak menjahit kembali labia setelah persalinan tetapi menjahit tepi-tepinya secara terpisah di setiap sisi untuk menghindari infibulasi. Kedua pasangan harus dikonseling secara sensitif agar memahami dan menerima perubahan setelah de-infibulasi. Untuk informasi lebih lanjut mengenai FGM, lihat Bab 8 mengenai Kekerasan berbasis Gender.

4. Pertimbangan hak asasi manusia dan hukum

Hak untuk kehamilan yang aman dan untuk selamat selama masa kehamilan dan kelahiran tercakup dalam hak asasi manusia internasional yaitu hak untuk hidup, untuk sehat dan untuk bebas dari diskriminasi dan pentingnya hak tersebut telah diakui dalam Millennium Development Goals (MDGs)/Tujuan Pembangunan Milenium. Pemenuhan hak-hak manusia lain seperti hak untuk memperoleh makanan yang memadai, tempat berteduh, air bersih, privasi, informasi dan edukasi juga merupakan kunci untuk memastikan keselamatan dan kesehatan ibu dan anak.

Perlindungan dan pemenuhan hak asasi manusia terkait dengan kesehatan maternal meliputi

- Melakukan semua tindakan yang diperlukan untuk mengurangi kematian

** Obstetric Fistula: Guiding principles for clinical management and programme development. WHO, 2005. www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9241593679/en/.

*** Type III FGM: Membuang sebagian atau seluruh bagian genital luar dan mempersempit lubang vagina (infibulasi). Diperkirakan 15% dari perempuan dan gadis mengalami FGM tipe III

ibu pada semua ibu termasuk ibu remaja

- Memastikan akses terhadap ante natal care, persalinan dan post natal care, termasuk layanan kegawatdaruratan kebidanan dan neonatal untuk semua ibu termasuk remaja, ibu dari keluarga miskin dan ibu yang tinggal di daerah terpencil
- Mengurangi penularan HIV dari ibu ke anak melalui penyediaan layanan ante natal dan perinatal yang sesuai, termasuk akses terhadap obat-obatan ARV
- Mendaftarkan bayi baru lahir segera setelah lahir
- Menghilangkan praktek-praktek tradisional yang membahayakan untuk ibu dan bayi baru lahir seperti FGM/ sunat perempuan, pembatasan makanan bagi ibu hamil, jenis asupan makanan yang lebih disukai, dan/atau perawatan anak laki-laki dan pernikahan dini dan pernikahan paksa serta kehamilan dini. Pernikahan dini dapat memunculkan pengaruh negatif terhadap kesakitan dan kematian maternal, termasuk peningkatan risiko fistula obstetric/kebidanan. Pencegahan pernikahan dini mencakup memastikan pendaftaran anak perempuan di sekolah dasar dan memastikan bahwa anak yang hamil atau menikah tidak dipaksa untuk berhenti sekolah.
- Menghilangkan diskriminatif terkait kehamilan di tempat kerja. Misalnya mengharuskan dilakukan uji kehamilan sebelum merekrut pekerja merupakan pelanggaran terhadap hak akan privasi. Perlindungan khusus di tempat kerja harus diberikan pada ibu selama sebelum dan sesudah persalinan dan ibu bekerja harus diberi cuti dengan gaji yang sesuai dan/atau keuntungan jaminan sosial.

4.1 Tantangan dan kesempatan

Kadang-kadang, petugas kesehatan mungkin menghadapi situasi ketika ia harus mengambil keputusan yang sulit atau dilema ketika memberikan informasi dan layanan kesehatan maternal dan neonatal. Pemberian

layanan yang sesuai mungkin dibatasi oleh perundangan nasional, norma sosial atau budaya atau kesalahpahaman konsep medis.

Misalnya:

- Norma sosial mungkin mencegah ibu meninggalkan rumah untuk pergi ke fasilitas kesehatan untuk layanan kesehatan maternal dan neonatal, termasuk persalinan aman.
- Hukum mengenai usia pernikahan mungkin berbeda untuk anak laki-laki dan anak perempuan sehingga anak perempuan mungkin tidak terlindungi secara memadai dari pernikahan dini dan/atau paksa.
- Kelompok-kelompok orang tertentu di daerah bencana (misalnya pengungsi eksternal dan internal) mungkin tidak mampu mengakses pelayanan kegawatdaruratan kebidanan dan neonatal melalui program yang disponsori pemerintah.

Norma, perundangan dan praktek dapat bertentangan dengan prinsip-prinsip hak asasi manusia yang diakui secara internasional. Sebagai manajer atau petugas kesehatan reproduksi, anda mungkin menghadapi dilema semacam ini. Anda harus menyadari posisi lembaga/organisasi anda dalam masalah kesehatan reproduksi ini dan mempertimbangkannya sebagai bagian dari analisis situasi Anda serta kemungkinan langkah berikutnya. Ketika berhadapan dengan situasi sulit, Anda harus terlebih dahulu menempatkan prioritas pada keselamatan dan kesehatan klien serta keselamatan Anda dan rekan-rekan Anda. Lalu, anda mungkin ingin:

- Berbicara dengan supervisor Anda,
- Mendiskusikan pilihan dengan klien Anda,
- Mencari tahu apakah lembaga Anda terlibat dalam advokasi untuk masalah tersebut dan bagaimana Anda dapat berkontribusi,
- Mengeksplorasi hubungan dengan dan merujuk ke organisasi lokal yang mungkin dapat membantu klien Anda lebih lanjut;
- Dengan tetap menghormati kerahasiaan

klien, identifikasi rekan kerja dan petugas kesehatan reproduksi lainnya mengenai cara menghindari situasi semacam itu/ menangani situasi tersebut di masa datang.

- Mengungkapkan kekhawatiran-kekhawatiran yang ada di pertemuan-pertemuan koordinasi.

5. Monitoring

Menyelidiki setiap kematian maternal dan perinatal

Pengkajian kasus kematian dan nyaris mati pada ibu melahirkan merupakan komponen penting dari program kesehatan maternal untuk pembelajaran kedepannya, mendorong dan memonitor perubahan praktek yang ada dan mengadvokasi tindakan-tindakan untuk menghindari komplikasi yang tak diinginkan dan kematian. Terdapat beberapa pendekatan yang direkomendasikan untuk melakukan kajian terhadap kematian maternal dan kasus nyaris mati pada ibu melahirkan seperti otopsi verbal dan survey terhadap kesakitan yang parah. Dengan dimulainya penilaian yang bersifat anonim/tidak menghakimi terhadap faktor-faktor yang dapat dicegah terkait kematian maternal, lahir mati dan kematian neonatal di fasilitas kesehatan maka informasi mengenai bagaimana program dapat ditingkatkan akan terkumpul (untuk contoh Formulir Pengkajian Kematian Ibu, lihat Lampiran 4 di Bab 3: Assessemnt, Monitoring dan Evaluasi).

Indikator-indikator berikut dapat digunakan untuk memonitor program kesehatan maternal dan neonatal:

1. Persentase ibu hamil yang melakukan setidaknya empat kali kunjungan selama kehamilan
2. Ketersediaan fasilitas PONEK dan PONEK
3. Proporsi semua persalinan di fasilitas pelayanan kegawatdaruratan kebidanan
4. Memenuhi kebutuhan layanan kegawatdaruratan kebidanan: proporsi ibu

dengan komplikasi kebidanan langsung yang parah dan dirawat di fasilitas tersebut

5. Bedah sesar sebagai proporsi dari semua persalinan
6. Angka fatalistik kasus kebidanan langsung (direct obstetric care fatality rate)

Untuk informasi lanjut mengenai pemantauan, lihat Bab 3: Assessment, monitoring dan Evaluasi

6. Bacaan Lanjutan

- Integrated Management of Pregnancy and Childbirth (IMPAC): *Pregnancy, Childbirth, Post partum and Newborn Care: A guide for essential practice*. WHO. 2006. www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/924159084x/en/index.html.
- *Integrated Management of Pregnancy and Childbirth (IMPAC): Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors*. WHO. 2005. www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/9241545879/en/index.html
- *Integrated Management of Pregnancy and Childbirth (IMPAC): Managing Newborn Problems: A guide for doctors, nurses and midwives*. WHO. 2003. www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/9241546220/en/index.html.
- *Monitoring emergency obstetric care, a handbook*. WHO/UNFPA/UNICEF/AMDD. WHO. 2009. www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241547734/en/index.html.
- Cochrane reviews. www.cochrane.org/reviews.

Lampiran

Lampiran 1: Intervensi yang Direkomendasikan WHO untuk Meningkatkan Kesehatan maternal dan neonatal

Lampiran 2: Partograf

Lampiran 1: Intervensi yang Direkomendasikan oleh WHO untuk Meningkatkan Kesehatan Maternal dan Neonatal

Tabel 18: Perawatan pada Kehamilan, Persalinan dan Periode Nifas untuk Ibu dan Bayi Baru lahir			
	Perawatan Rutin (diberikan pada semua ibu dan bayi)	Perawatan tambahan (diberikan pada ibu dan bayi dengan penyakit dan komplikasi sedang)	Perawatan obstetrik dan neonatal spesialis (untuk ibu dan bayi dengan penyakit dan komplikasi berat)
<p>Perawatan Kehamilan, 4 Kunjungan</p> <p>Esensial</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Konfirmasi kehamilan • Pemantauan kemajuan kehamilan dan penilaian kondisi ibu dan janin • Deteksi masalah yang menjadi komplikasi pada kehamilan (misalnya anemia, kelainan hipertensif, perdarahan, malpresentasi, kehamilan ganda) • Merespon keluhan lain yang dilaporkan • Imunisasi tetanus, pencegahan dan pengendalian anemia (suplemen zat besi dan asam folat) • Informasi dan konseling mengenai perawatan di rumah, nutrisi, seks aman, menyusui, KB, gaya hidup sehat. 	<ul style="list-style-type: none"> • Terapi untuk komplikasi kehamilan ringan hingga sedang <ul style="list-style-type: none"> ▸ Anemia ringan hingga sedang ▸ Infeksi saluran kencing ▸ Infeksi vagina • Perawatan pasca aborsi dan KB • Perawatan pra-rujukan <ul style="list-style-type: none"> ▸ Pre-eklamsia/ eklamsia ▸ Perdarahan ▸ Infeksi ▸ Aborsi dengan komplikasi • Dukungan untuk ibu dengan kebutuhan khusus (misalnya remaja, wanita yang mengalami kekerasan) • Terapi sifilis (ibu dan pasangannya) 	<ul style="list-style-type: none"> • Perawatan komplikasi-kehamilan berat <ul style="list-style-type: none"> ▸ Anemia ▸ Pre-eklamsia/ eklamsia berat ▸ Perdarahan ▸ Infeksi ▸ Komplikasi medis lain • Perawatan komplikasi aborsi

Tabel 18: Perawatan pada Kehamilan, Persalinan dan Periode Nifas untuk Ibu dan Bayi Baru lahir

	<ul style="list-style-type: none"> • Rencana persalinan dan kedaruratan, saran mengenai tanda bahaya dan kesiapan terhadap kegawatdaruratan • Pencatatan dan pelaporan • Tes sifilis 		
Situasional	<ul style="list-style-type: none"> • Tes dan konseling HIV • Terapi preventif intermiten anti malaria (IPT) dan promosi kelambu yang diberi insektisida (ITN) • Pengobatan kecacingan • Assesment FGM 	<ul style="list-style-type: none"> • Pencegahan penularan HIV dari ibu ke bayi (PMTCT): <ul style="list-style-type: none"> ▶ Terapi antiretroviral (ART) ▶ Konseling pemberian asupan pada bayi ▶ Saran cara melahirkan • Terapi infeksi oportunistik ringan hingga sedang • Terapi malaria tanpa komplikasi 	<ul style="list-style-type: none"> • Terapi infeksi HIV parah • Terapi malaria dengan komplikasi
Perawatan saat melahirkan (persalinan, kelahiran dan segera setelah melahirkan) Esensial	<ul style="list-style-type: none"> • Perawatan selama persalinan dan kelahiran <ul style="list-style-type: none"> ▶ Diagnosis persalinan ▶ Memantau kemajuan persalinan, kondisi ibu dan janin dengan partograf ▶ Memberikan perawatan dukungan dan menghilangkan nyeri 	Perawatan untuk abnormalitas dan komplikasi (misalnya persalinan memanjang, ekstraksi vakum, presentasi sungsang, episiotomi, perbaikan robekan genital, pengeluaran plasenta secara manual).	<ul style="list-style-type: none"> • Perawatan komplikasi-komplikasi berat dalam persalinan dan masa segera setelah persalinan, termasuk bedah sesar, transfusi darah dan histerektomi: <ul style="list-style-type: none"> ▶ Partus macet ▶ Malpresentasi ▶ Eklamsia ▶ Infeksi berat ▶ Perdarahan

Tabel 18: Perawatan pada Kehamilan, Persalinan dan Periode Nifas untuk Ibu dan Bayi Baru lahir

	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Deteksi masalah dan komplikasi (misalnya malpresentasi, persalinan memanjang dan/ atau partus macet, hipertensi, perdarahan dan infeksi) ▶ Kelahiran dan perawatan bayi baru lahir segera, inisiasi menyusui ▶ Resusitasi Bayi Baru Lahir ▶ Manajemen aktif kala tiga dalam persalinan ▶ Perawatan pasca persalinan segera untuk ibu ▶ Pemantauan dan penilaian kondisi ibu, pencegahan dan deteksi komplikasi (misalnya hipertensi, infeksi, perdarahan, anemia). ▶ Pengobatan anemia pasca perdarahan sedang ▶ Informasi dan konseling mengenai perawatan di rumah, nutrisi, seks aman, perawatan payudara dan KB ▶ Saran terkait tanda bahaya, kesiapan kedaruratan dan follow up • Pencatatan dan pelaporan 	<ul style="list-style-type: none"> • Tata laksana pra-rujukan untuk komplikasi serius (misalnya partus macet, gawat janin, persalinan prematur, perdarahan peri dan postpartum parah). • Tata laksana komplikasi kegawatdaruratan jika persalinan tidak bisa ditunda • Pemberian dukungan kepada keluarga jika terjadi kematian ibu 	<ul style="list-style-type: none"> • Induksi dan augmentasi persalinan
--	--	--	---

Tabel 18: Perawatan pada Kehamilan, Persalinan dan Periode Nifas untuk Ibu dan Bayi Baru lahir

Situasional	<ul style="list-style-type: none"> • Pemberian vitamin A 	<ul style="list-style-type: none"> • PMTCT sesuai cara melahirkan, panduan dan dukungan untuk cara pemberian asupan pada bayi yang dipilih. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tata laksana komplikasi terkait FGM/sunat perempuan
<p>Perawatan ibu nifas (hingga 6 minggu)</p> <p>Esensial</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Penilaian kondisi ibu • Pencegahan dan deteksi komplikasi (misalnya infeksi, perdarahan, anemia) • Pencegahan dan pengendalian anemia (suplemen zat besi dan asam folat) • Informasi dan konseling mengenai nutrisi, seks aman, KB dan pemberian sejumlah metode kontrasepsi • Memberi saran terkait tanda bahaya, kesiapan terhadap kedaruratan dan follow up 	<ul style="list-style-type: none"> • Pengobatan sejumlah masalah (misalnya anemia ringan hingga sedang, depresi pasca melahirkan ringan) 	<ul style="list-style-type: none"> • Perawatan semua komplikasi <ul style="list-style-type: none"> ▶ Anemia berat ▶ Perdarahan pasca persalinan yang berat ▶ Infeksi pasca persalinan berat ▶ Depresi pasca persalinan berat • Sterilisasi perempuan
	<ul style="list-style-type: none"> • Pemberian metode kontrasepsi • Promosi penggunaan ITN 		

Tabel 18: Perawatan pada Kehamilan, Persalinan dan Periode Nifas untuk Ibu dan Bayi Baru lahir			
Situasional	<ul style="list-style-type: none"> Promosi penggunaan ITN 	<ul style="list-style-type: none"> Pengobatan malaria tanpa komplikasi 	<ul style="list-style-type: none"> Pengobatan malaria dengan komplikasi
<p>Perawatan Bayi Baru Lahir (kelahiran dan segera setelah lahir)</p> <p>Esensial</p>	<ul style="list-style-type: none"> Promosi, perlindungan dan dukungan untuk menyusui Pemantauan dan penilaian kesehatan, deteksi komplikasi (pernafasan, infeksi, prematuritas, BBLR, cedera, malformasi) Pencegahan dan pengendalian infeksi, rawat gabung Perawatan mata Informasi dan konseling mengenai perawatan di rumah, menyusui, kebersihan Saran mengenai tanda bahaya, kesiapan kegawatdaruratan dan follow up Imunisasi sesuai dengan panduan nasional (BCG, HepB, OPV-0/vaksin polio oral) 	<ul style="list-style-type: none"> Perawatan jika prematur sedang, BBLR atau kembar, dukungan untuk menyusui, kehangatan, penilaian kondisi dengan frekuensi sering dan deteksi komplikasi seperti kesulitan minum, ikterus, masalah perinatal lain. Follow up perawatan metode kangguru Terapi kasus ringan hingga sedang: <ul style="list-style-type: none"> Infeksi lokal (tali pusat, kulit, mata, putih pada lidah) Cedera lahir Tata laksana pra-rujukan untuk bayi dengan masalah yang berat: <ul style="list-style-type: none"> Bayi sangat prematur dan/ atau dengan berat badan lahir sangat rendah Komplikasi parah Malformasi Memberi dukungan pada ibu jika terjadi kematian perinatal 	<ul style="list-style-type: none"> Tata laksana masalah berat pada bayi baru lahir – perawatan umum untuk bayi baru lahir sakit dan tata laksana masalah spesifik: <ul style="list-style-type: none"> Kelahiran prematur Kesulitan pernafasan Sepsis Trauma lahir dan asfiksia berat Ikterus berat Perawatan metode kangguru Tata laksana malformasi yang dapat dikoreksi

Tabel 18: Perawatan pada Kehamilan, Persalinan dan Periode Nifas untuk Ibu dan Bayi Baru lahir

Situasional	<ul style="list-style-type: none"> • Mempromosikan penggunaan ITN ketika tidur 	<ul style="list-style-type: none"> • Terapi presumptif sifilis kongenital • Pencegahan penularan HIV dari ibu ke bayi melalui ART • Mendukung pemberian asupan bayi sesuai dengan pilihan ibu 	<ul style="list-style-type: none"> • Terapi: <ul style="list-style-type: none"> ▶ Sifilis kongenital ▶ Tetanus neonatal
<p>Perawatan Bayi Baru Lahir setelah kelahiran (kunjungan dari/di rumah)</p> <p>Esensial</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Penilaian kesehatan bayi dan menyusui • Deteksi komplikasi dan merespon kekhawatiran ibu • Informasi dan konseling mengenai rawatan di rumah • Kunjungan lanjutan tambahan untuk bayi dengan risiko tinggi (misalnya prematur, setelah mengalami masalah yang parah, yang diberi asupan pengganti) 	<ul style="list-style-type: none"> • Tatalaksana: <ul style="list-style-type: none"> ▶ Masalah minor hingga sedang ▶ Kesulitan menyusui • Tata laksana pra rujukan untuk masalah yang parah: <ul style="list-style-type: none"> ▶ Kejang ▶ Ketidakmampuan menyusui • Mendukung keluarga jika terjadi kematian perinatal 	<ul style="list-style-type: none"> • Tata laksana masalah berat pada bayi baru lahir: <ul style="list-style-type: none"> ▶ Sepsis ▶ Infeksi lain ▶ Ikterus ▶ Kegagalan untuk tumbuh

Lampiran 2: Partograf

PARTOGRAPH
 USE THIS FORM FOR MONITORING ACTIVE LABOUR

CERVICAL DILATATION	TIME											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
10 cm												
9 cm												
8 cm												
7 cm												
6 cm												
5 cm												
4 cm												

FINDINGS

Hours in active labour

Hours since ruptured membranes

Rapid assessment **FIG 47**

Vaginal bleeding (0 + ++)

Amniotic fluid (meconium stained)

Contractions in 10 minutes

Fetal heart rate (beats/minute)

Urine voided

T (axillary)

Pulse (beats/minute)

Blood pressure (systolic/diastolic)

Cervical dilatation (cm)

Delivery of placenta (time)

Oxytocin (time/given)

Problem-note onset/describe below

Sample form to be adapted. Revised on 13 June 2003.

Daftar Isi

1 PENDAHULUAN	163
2 TUJUAN	165
3 PENYUSUNAN PROGRAM	165
3.1 Need assessment/penilaian kebutuhan	165
3.2 Konseling dan informed consent	166
3.3 Penilaian klinis	167
3.4 Pencegahan infeksi	168
3.5 Mengatasi rasa nyeri	168
3.6 Pengosongan rahim	168
3.7 Mencegah tetanus	170
3.8 Mengatasi komplikasi	170
3.9 Konseling setelah prosedur aborsi dan tindak lanjut	171
3.10 Integrasi layanan	171
4 HAK ASASI MANUSIA DAN MASALAH HUKUM	171
4.1 Tantangan dan kesempatan	172
5 MONITORING	173
6 BACAAN LANJUTAN	173

7

BAB TUJUH

Perawatan Aborsi Komprehensif

1 Pendahuluan

World Health Organization (WHO) memperkirakan bahwa 42 juta kehamilan per tahun berujung pada aborsi yang diinduksi, 20 juta diantaranya diperkirakan tidak aman karena dilakukan oleh orang yang tidak memiliki keterampilan atau dilakukan dalam lingkungan yang tidak memenuhi standar medis minimum, atau keduanya. Kematian dan cedera akibat aborsi yang tidak aman terus menjadi masalah kesehatan serius yang mempengaruhi keluarga dan seluruh masyarakat. Secara global, aborsi yang tidak aman bertanggung jawab atas 13% kematian ibu hamil, 99% diantaranya terjadi pada negara berkembang. Membuat kehamilan menjadi lebih aman mencakup penyediaan layanan aborsi yang aman atau rujukan ke layanan aborsi yang aman sejauh diijinkan oleh hukum yang berlaku serta penanganan yang sesuai dan tepat waktu terhadap aborsi yang tidak aman dan spontan bagi kaum perempuan.

Perempuan dan anak perempuan dalam situasi darurat bencana mungkin lebih berisiko mengalami kehamilan yang tidak diinginkan dan aborsi yang tidak aman, dan memerlukan akses ke layanan aborsi yang aman dan legal:

- Perempuan dan remaja mungkin tidak dapat meneruskan metode kontrasepsi mereka karena hilang saat pengungsian.
- Keluarga mungkin ingin menunda rencana mempunyai anak sampai keamanan dan mata pencaharian mereka terjamin, tetapi tidak memiliki akses ke alat kontrasepsi karena layanan kesehatan telah terganggu.
- Perkosaan dan bentuk kekerasan seksual mengalami peningkatan di daerah konflik.

Perawatan Aborsi yang Komprehensif

Untuk membantu pemerintah, para pembuat perencanaan dan penyedia layanan mewujudkan komitmen mereka terhadap hak dan kesehatan perempuan, WHO mengeluarkan petunjuk teknis pada tahun 2003 untuk mendukung kapasitas sistem kesehatan agar dapat memberikan perawatan aborsi yang aman dan perawatan pasca-aborsi (Post-Abortion Care atau PAC)

Perawatan pasca aborsi merupakan strategi global untuk mengurangi tingkat kematian dan penderitaan dari komplikasi aborsi yang tidak aman dan spontan dan terdiri dari lima unsur :

- Pengobatan aborsi yang tidak lengkap dan tidak aman serta komplikasi yang dapat mengancam jiwa.
- Konseling untuk mengidentifikasi dan merespon kebutuhan emosional serta kesehatan fisik perempuan dan masalah lainnya.
- Layanan kontrasepsi dan keluarga berencana guna membantu perempuan dalam mencegah kehamilan yang tidak diinginkan atau menentukan jarak kelahiran
- Layanan kesehatan reproduksi dan kesehatan lainnya yang diutamakan untuk disediakan di lokasi atau melalui

rujukan ke fasilitas lain dalam jaringan penyedia layanan.

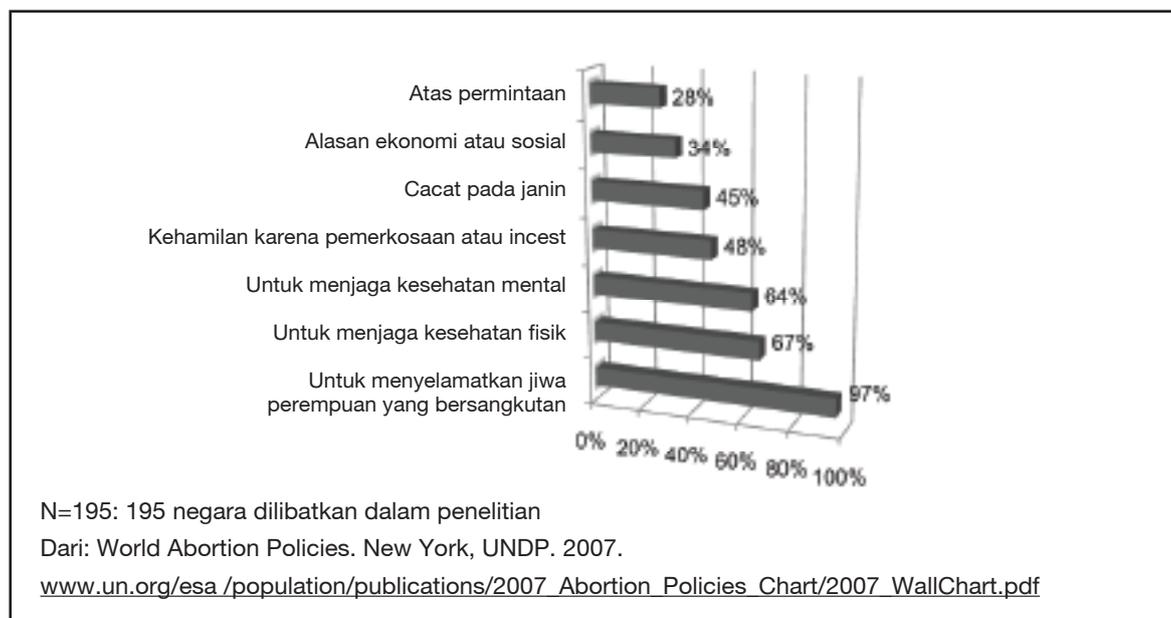
- Kerjasama masyarakat dengan penyedia layanan untuk pencegahan (kehamilan yang tidak diinginkan dan aborsi yang tidak aman), mobilisasi sumberdaya (untuk membantu perempuan menerima perawatan yang sesuai dan tepat waktu untuk komplikasi aborsi) dan memastikan bahwa layanan kesehatan mencerminkan dan memenuhi harapan dan kebutuhan masyarakat.

Perawatan Aborsi komprehensif mencakup semua unsur perawatan pasca aborsi dan juga induksi aborsi yang aman untuk semua indikasi yang legal (yaitu yang sesuai dengan hukum nasional). Semua unsur ini berperan dalam menurunkan tingkat kematian maternal.

Ada beberapa pilihan teknologi untuk membantu perempuan mencegah atau mengatasi kehamilan yang tidak diinginkan, termasuk kontrasepsi darurat, aspirasi vakum dan aborsi dengan menggunakan obat-obatan (medical abortion). Selain itu, semakin banyak negara telah memperbaharui undang-undang aborsi mereka dengan memperluas indikasi-indikasi hukum untuk aborsi, termasuk pemerkosaan dan incest (hubungan seksual dengan anggota keluarga sendiri).

2 TUJUAN

Penyebab aborsi yang diijinkan – persentase negara-negara (n=195)



Tujuan dari bab ini adalah untuk membekali petugas kesehatan reproduksi, manajer program dan penyedia layanan dengan:

- Informasi mengenai penyusunan program layanan aborsi yang legal dan aman serta rujukan ke layanan serupa hingga batas yang diijinkan oleh hukum;
- Informasi dasar klinik untuk memandu penyelenggaraan layanan;
- Kerangka kerja untuk mendapatkan informasi akurat dan memahami batasan-batasan administratif dan peraturan-peraturan yang berkaitan dengan aborsi di negara dimana mereka bekerja;
- Pemahaman norma sosial, budaya, dan agama mengenai layanan aborsi;
- Alat bantu untuk mendidik masyarakat mengenai hak-hak mereka.

3 PENYUSUNAN PROGRAM

Bagian-bagian berikut akan menguraikan panduan dasar untuk memastikan/menjamin penyediaan layanan aborsi yang komprehensif dan berkualitas tinggi.

Penambahan layanan induksi aborsi yang aman untuk semua indikasi legal pada unsur-unsur Perawatan Pasca Aborsi menghasilkan suatu pendekatan menyeluruh yang mendukung perempuan dalam menggunakan hak reproduksi dan hak seksual mereka. Secara ideal, layanan ini disediakan sebagai paket terpadu dan komprehensif

Kebutuhan layanan perawatan aborsi yang komprehensif tidak perlu bergantung pada ketersediaan ginekolog/dokter kandungan atau ahli bedah. Dengan pelatihan dan dukungan yang memadai, perawat, bidan dan petugas kesehatan tingkat menengah lain dapat memberikan layanan aborsi yang aman di lini depan dan perawatan pasca aborsi, bahkan untuk pasien rawat jalan. (Lihat Tabel 19)

3.1 Needs Assessment/penilaian kebutuhan

Saat merencanakan layanan aborsi, kumpulkan informasi dan pertimbangkan kebutuhan-kebutuhan dan persepsi masyarakat, termasuk preferensi kaum perempuan terhadap jenis

penyedia layanan dan jenis kelamin penyedia layanan serta lokasi layanannya.

Tingkat aborsi tidak aman yang tinggi sering merupakan akibat dari dibatasinya akses ke layanan aborsi oleh hukum. Meskipun demikian, bahkan bila aborsi legal, perempuan sering tidak dapat mengakses layanan aborsi yang aman dan legal. Kondisi dimana aborsi dilegalkan berbeda di berbagai negara. Di beberapa negara, akses sangat dibatasi, sedangkan di negara lainnya, layanan aborsi tersedia atas permintaan dan untuk alasan-alasan medis dan sosial. Pada hakikatnya, setiap negara di dunia mengizinkan aborsi yang aman dan legal dalam kondisi-kondisi tertentu.

Petugas kesehatan reproduksi, manajer program dan penyedia layanan harus mengetahui kebijakan dan peraturan nasional yang berkaitan dengan aborsi yang aman di negara tempat mereka bekerja:

- Apakah terdapat undang-undang/ peraturan/kebijakan mengenai aborsi/ ketersediaan dan akses ke layanan aborsi? Berikan perhatian khusus pada:
 - ▶ Alasan mengapa aborsi diijinkan (misalnya alasan terapi, cacat pada janin, pemerkosaan, incest, kesehatan mental, atau alasan pribadi);
 - ▶ Batas waktu dimana aborsi dapat dilakukan dan apakah terdapat situasi dimana batas waktu tersebut dapat diabaikan;
 - ▶ Ketersediaan metode aborsi yang berbeda (misalnya dengan tindakan, seperti aspirasi vakum elektrik atau manual; dengan obat-obatan/medis, seperti mifepristone dan misoprostol) dan distribusi serta pemberian obat untuk aborsi dan perawatan setelah aborsi;
 - ▶ Persyaratan untuk konseling;
 - ▶ Keadaan dimana aborsi dapat dilakukan dan/atau tingkatan penyedia layanan yang dapat melakukan aborsi atau memberikan metode aborsi;

- ▶ Ketentuan mengenai biaya aborsi;
- ▶ Aturan atau harapan yang mengharuskan orang lain (suami, orang tua, wali) untuk memberi ijin melakukan aborsi (ijin pihak ketiga)
- ▶ Persyaratan tentang pelaporan yang wajib dilakukan
- ▶ Keharusan bagi penyedia layanan yang menolak melakukan aborsi (keberatan berdasarkan hati nurani) untuk merujuk pasien ke tempat yang bersedia memberi layanan aborsi;
- Apakah ada undang-undang yang melarang/mengkriminalisasi aborsi?
 - ▶ Apakah ada undang-undang atau peraturan mengenai perawatan pasca aborsi, termasuk perawatan setelah aborsi yang tidak aman? Berikan perhatian khusus pada syarat rujukan dan pelaporan.
- Apakah terdapat undang-undang/ peraturan/kebijakan yang menyatakan bahwa minimal harus disampaikan informasi mengenai layanan aborsi yang aman/tidak aman serta perawatan setelah aborsi?

Selain konteks sosial dan hukum, harus juga diperhatikan:

- Konteks epidemiologi
- Pelatihan kualifikasi dan kapasitas dari staff
- Supply dan peralatan
- Kondisi fasilitas kesehatan
- Sistem transport darurat
- Kapasitas fasilitas rujukan

3.2 Konseling dan persetujuan sukarela / voluntary informed consent

Penyedia layanan harus menyadari bahwa perempuan yang mencari layanan aborsi mungkin mengalami stress emosional yang berat atau ketidaknyamanan fisik. Mereka harus memastikan privasi, kerahasiaan dan adanya ijin untuk perawatan. Konseling yang baik memberikan perempuan tersebut dukungan

Tabel 19: Perawatan Aborsi Komprehensif

	Tingkat Masyarakat	Tingkat layanan dasar	Tingkat Rumah Sakit
Pendidikan dan informasi mengenai pencegahan dan konsekuensi	✓	✓	✓
Pengenalan komplikasi aborsi	✓	✓	✓
Transportasi ke layanan aborsi yang aman dan untuk penanganan komplikasi akibat aborsi yang tidak aman	✓	✓	✓
Rujukan untuk kehamilan, layanan aborsi yang aman dan legal atau perawatan pasca aborsi	✓	✓	✓
Rujukan korban pemerkosaan atau <i>incest</i> ke layanan kesehatan dan/atau sosial	✓	✓	✓
Aspirasi vakum atau pengobatan untuk aborsi tidak lengkap atau aborsi yang aman hingga 12 minggu kehamilan		✓	✓
Metode kontrasepsi, termasuk kontrasepsi darurat dan kontrasepsi setelah aborsi		✓	✓
Perawatan darurat, seperti penggantian cairan IV, oksitosin, tes hematokrit/ hemoglobin dan antibiotik 24 jam/hari		✓	✓
Rujukan dan transportasi bagi perempuan dengan komplikasi aborsi yang paling parah (sepsis, peritonitis, gagal ginjal)		✓	✓
Aborsi trimester kedua, laparotomi, transfusi darah yang aman, sterilisasi sukarela, skrining untuk hepatitis, sifilis dan HIV			✓
Menangani komplikasi aborsi yang berat			✓

emosional dan meningkatkan keefektifan prosedur. Konseling yang efektif dibangun sepenuhnya berdasarkan kebutuhan dan kepentingan perempuan tersebut serta dilakukan sebelum, selama dan setelah prosedur.

Informed consent/keputusan yang dibuat berdasarkan informasi yang diberikan secara sukarela, baik yang didapat secara lisan atau tertulis, memastikan bahwa perempuan tersebut memahami, dan menyetujui rencana perawatan yang diajukan, termasuk manfaatnya, risiko dan alternatifnya. Persetujuan ini berarti bahwa perempuan tersebut telah mengambil keputusan secara bebas, tanpa tekanan atau paksaan apapun. Penyedia layanan dapat

mendokumentasikannya dengan meminta tanda tangan pada formulir persetujuan. Pada beberapa kondisi, lebih tepat untuk memastikan persetujuan secara lisan.

3.3 Penilaian klinis

Penyedia layanan harus melakukan penilaian klinis yang menyeluruh, meliputi:

- Riwayat kesehatan reproduksi yang teliti (termasuk riwayat kekerasan seksual);
- Pemeriksaan fisik dan pemeriksaan panggul yang teliti (ultrasonografi) dan tes kehamilan bukan merupakan prasyarat atau syarat minimum untuk menawarkan

layanan aborsi. Kehamilan sudah dapat dideteksi saat pemeriksaan panggul bimanual pada 6-8 minggu);

- Penilaian psikososial.

Untuk perempuan yang datang untuk perawatan aborsi yang tidak lengkap atau komplikasi aborsi (perawatan pasca aborsi) harus dilakukan penilaian dengan hati-hati sekali, karena mereka mungkin mengalami komplikasi yang mengancam keselamatan jiwa. Pengosongan uterus seringkali merupakan komponen penting dalam penanganan kasus dan bila kondisi pasien sudah stabil, maka prosedur ini tidak boleh ditunda.

Pemindahan segera ke rumah sakit rujukan mungkin diperlukan jika perempuan tersebut membutuhkan perawatan yang melebihi kemampuan puskesmas dimana ia berada. Kondisinya harus distabilkan sebelum ia dipindahkan.

Kehamilan ektopik

Adalah penting untuk mempertimbangkan kondisi-kondisi lain yang dapat membahayakan keselamatan jiwa dan mengakibatkan shock, termasuk kehamilan ektopik (kehamilan pada tuba). Kehamilan ektopik dapat membahayakan jiwa perempuan tersebut; rawatlah dan kirim pasien ke rumah sakit rujukan sesegera mungkin dimana diagnosa dapat dipastikan dan layanan yang tepat dapat diberikan.

3.4 Pencegahan infeksi

Sebagaimana prosedur invasif apapun, selalu terdapat risiko infeksi terhadap pasien, penyedia layanan, dan staf pendukung melalui kontak dengan kontaminan/penyebab infeksi. Untuk meminimalkan risiko tersebut, tindakan pencegahan standar harus diperhatikan setiap saat. Tindakan ini meliputi penggunaan penghalang

yang memadai (seperti sarung tangan dan masker), penanganan limbah dengan hati-hati serta mencegah terjadinya cedera (lihat Bab 2: PPAM paragraf 3.3.2, hal 38). Infeksi iatrogenik/ yang didapat bisa dicegah dengan mengikuti tindakan pencegahan standar, dengan menggunakan teknik aseptik dan mengesampingkan atau mengobati infeksi servikal sebelum melakukan prosedur transervikal.

Semua perempuan yang melakukan pengosongan uterus melalui aspirasi vakum harus diberikan dosis profilaksis antibiotik untuk mengurangi risiko infeksi. Namun demikian, tidak adanya antibiotik profilaksis tidak menghalangi kinerja dari aspirasi vakum. Pemberian antibiotik secara rutin tidak diperlukan dan tidak direkomendasikan untuk perempuan yang menjalani pengosongan uterus melalui penggunaan obat-obatan. Dalam hal ini, antibiotik harus dicadangkan untuk kasus-kasus dimana pasien menunjukkan tanda-tanda dan gejala infeksi.

3.5 Mengatasi rasa nyeri

Pengobatan harus selalu ditawarkan untuk mengatasi rasa nyeri. Tujuan dari rencana mengatasi nyeri adalah membantu pasien untuk merasa nyaman mungkin. Aspirasi vakum harus dilakukan dengan bius lokal atau analgesia oral (seperti ibuprofen). Bius total jarang sekali diperlukan dan justru menempatkan pasien pada risiko yang lebih besar.

3.6 Pengosongan uterus

Aborsi induksi

Pada trimester pertama, metode pengosongan uterus yang dianjurkan untuk aborsi induksi adalah:

- Aspirasi vakum elektrik (AVE) atau aspirasi vakum manual (AVM) sampai 12 minggu penuh masa kehamilan (12 minggu sejak pasien mengalami menstruasi terakhir (LMP)

- ▶ Memeriksa hasil pembuahan setelah menjalankan prosedur untuk menghilangkan kemungkinan kehamilan ektopik atau kehamilan molar atau aborsi yang tidak tuntas.
- Metode medis sampai sembilan minggu penuh masa kehamilan
 - ▶ Kombinasi mifepristone yang diikuti oleh prostaglandin seperti misoprostol adalah cara yang dianjurkan. Jika mifepristone tidak ada, penggunaan hanya misoprostol dapat dilakukan, walaupun kurang efektif dibanding penggunaan bersama mifepristone, dan kurang efektif dari aspirasi vakum. Tidak terdapat cukup bukti untuk merekomendasikan aturan minum ini untuk aborsi diatas sembilan minggu.

Perempuan pada trimester ketiga atau akhir trimester kedua akhir seharusnya dirujuk ke rumah sakit dengan fasilitas operasi untuk perawatannya.

Metode obat-obatan/medis untuk induksi aborsi hingga 9 minggu sejak menstruasi terakhir

Mifepristone dan Misoprostol

200 mg mifepristone secara oral, yang diikuti dengan 800 µg misoprostol setelah 36-48 jam melalui vagina atau di bawah lidah / sublingual

Hanya misoprostol

Dapat menimbulkan aborsi pada awal kehamilan tetapi dibutuhkan dosis yang berulang, seperti 800 µg misoprostol melalui vagina atau di bawah lidah yang diulang setiap 12 jam hingga tiga dosis. Meskipun demikian, penggunaan misoprostol saja kurang efektif dibandingkan jika dikombinasikan dan biasanya menimbulkan efek samping.

Perawatan Pasca Aborsi

Baik aspirasi vakum maupun pemberian obat misoprostol keduanya merupakan metode yang aman, efektif, dan dapat diterima untuk mengosongkan uterus dalam perawatan setelah aborsi.

Misoprostol mengurangi biaya perawatan pasca aborsi karena tidak membutuhkan ketersediaan peralatan yang disterilisasi, ruang operasi atau petugas yang melakukan operasi. Misoprostol untuk perawatan aborsi yang tidak tuntas adalah pilihan penting dalam situasi darurat bencana dimana sulit untuk menjaga peralatan MVA dan melatih penyedia layanan dengan layak, dan apabila rujukan untuk melakukan operasi pengosongan uterus tertunda.

Dilatasi dan Kuret (D&K)

Juga dikenal sebagai “kuret tajam” dengan peralatan dari logam, D&K tidak lagi direkomendasikan kecuali dalam kasus dimana metode aspirasi vakum atau metode medis tidak ada. Di tempat-tempat dimana D&K masih dipraktikkan, semua upaya harus dilakukan untuk menggantinya dengan aspirasi vakum atau metode-metode medis guna meningkatkan keselamatan dan kualitas perawatan

Penggunaan misoprostol untuk indikasi kebidanan sangat cepat berkembang. Manajer program kesehatan reproduksi dan penyedia layanan harus terus mengikuti perkembangan literatur klinik dan literatur teknik (lihat Bacaan Lebih Lanjut.)

Misoprostol untuk aborsi yang tidak lengkap hingga 12 minggu sejak menstruasi terakhir

600 mikrogram misoprostol secara oral (satu dosis) cukup efektif dan aman.

Belum ada penelitian yang menyelidiki penggunaan misoprostol untuk merawat pasien dengan aborsi septik.

Penggunaan mifepristone dan/atau misoprostol untuk aborsi yang aman dan perawatan pasca aborsi membutuhkan dukungan dari layanan aspirasi vakum baik di fasilitas atau melalui rujukan, untuk mengantisipasi kegagalan atau pengosongan uterus yang tidak sempurna.

3.7 Mencegah tetanus

Perempuan yang menjalani aborsi tidak aman dengan alat yang tidak steril berisiko terkena tetanus. Berikan atau rujuk pasien ke rumah sakit untuk pengobatan profilaksis tetanus jika diketahui atau diduga ia menderitanya, terutama dalam komunitas dimana terdapat catatan kasus tetanus setelah aborsi. Suntikan booster tetanus toksoid (TT) harus diberikan kepada pasien yang sebelumnya pernah divaksinasi. Tetanus immunoglobulin (TIG) dan TT harus diberikan kepada pasien yang

sebelumnya belum diimunisasi atau yang dosis terakhir diberikan lebih dari lima tahun yang lalu. Jika terdapat keraguan mengenai riwayat vaksinasi pasien, maka baik TIG dan TT harus diberikan. Jika vaksin dan immunoglobulin diberikan pada waktu yang sama, gunakan jarum dan alat suntik yang berbeda serta lokasi penyuntikan yang berbeda pula. Pasien harus disarankan untuk mendapat jadwal vaksinasi yang lengkap (dosis TT kedua pada empat bulan, dosis TT ketiga pada enam bulan hingga satu tahun).

3.8 Mengatasi komplikasi

Walaupun jarang terjadi, komplikasi dapat terjadi dalam prosedur pengosongan uterus dan harus ditangani secepatnya oleh petugas yang mempunyai keterampilan. Komplikasi yang serius sangatlah jarang, tetapi penting

Tabel 20: Waktu Kehamilan dan Pilihan Pengosongan Uterus																		
	Minggu sejak periode menstruasi terakhir																	
	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
Metode yang dianjurkan untuk aborsi induksi																		
Aspirasi vakum	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Rujuk perempuan/pasien dalam masa pertengahan dan akhir trimester 2 ke rumah sakit dengan fasilitas bedah dan gawat darurat yang lengkap untuk perawatan									
Mifepristone dan misoprostol	✓	✓	✓	✓	✓	Dalam penyelidikan												
Misoprostol saja	✓	✓	✓	✓	✓	Dalam penyelidikan												
Metode yang dianjurkan untuk perawatan pasca aborsi (PAC)																		
Aspirasi vakum	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Rujuk perempuan/pasien dengan aborsi yang tidak lengkap dalam masa pertengahan dan akhir trimester 2 ke rumah sakit dengan fasilitas operasi dan gawat darurat yang lengkap untuk perawatan									
Misoprostol saja	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓										
Diadaptasi dari: <i>Safe abortion: technical and policy guidance for health systems, WHO, Geneva 2003</i>																		

untuk terus mengikuti perkembangan pasien, karena ada risiko kecil terjadi infeksi atau pendarahan. Pastikan pasien tersebut mempunyai akses ke fasilitas gawat darurat selama perawatan mereka. Jika pasien membutuhkan perawatan yang melebihi kemampuan fasilitas dimana ia dirawat, maka stabilkan kondisinya sebelum ia dipindahkan ke layanan rujukan yang lebih tinggi.

3.9 Konseling setelah prosedur aborsi dan tindak lanjut

Pasien harus diberikan petunjuk mengenai bagaimana merawat diri mereka sendiri setelah aborsi. Penyedia layanan harus menjelaskan tanda-tanda pemulihan yang normal dan serta gejala komplikasi yang mungkin terjadi dan memerlukan perhatian langsung. Mereka juga harus memberikan informasi yang lengkap mengenai kontrasepsi setelah aborsi dan perlindungan dari IMS. Kunjungan ulang harus dijadwalkan untuk 10 hingga 14 hari kemudian.

Kontrasepsi setelah aborsi

Kurangnya akses ke layanan keluarga berencana yang memadai merupakan faktor utama dalam persoalan aborsi yang tidak aman. Sebaliknya, kehamilan yang tidak diinginkan dan, dalam banyak kasus, aborsi yang tidak aman merupakan indikator utama dari tidak dipenuhinya kebutuhan akan layanan keluarga berencana yang efektif dan aman. Tingkat penggunaan kontrasepsi dan kesinambungan adalah cukup tinggi ketika layanan KB ditawarkan di tempat perawatan awal. Pastikan bahwa semua staf yang memberikan perawatan pasca aborsi memahami bagaimana memberi konsultasi dan metode-metode KB.

Paling sedikit, semua perempuan yang menerima perawatan aborsi harus memahami bahwa:

- Ovulasi dapat terjadi 10 hari setelah

aborsi, sehingga dapat mengakibatkan kehamilan bahkan sebelum mens kembali;

- Kontrasepsi, termasuk IUD atau metode hormonal, dapat segera dimulai setelah pengosongan uterus;
- Hubungan seksual harus dihindari selama beberapa hari setelah pendarahan berhenti untuk menghindari risiko infeksi.

(Lihat Bab 5: Keluarga Berencana untuk pembahasan yang lebih rinci mengenai layanan keluarga berencana.)

3.10 Integrasi layanan

Penyedia layanan harus mengidentifikasi kebutuhan-kebutuhan kesehatan reproduksi lain setiap perempuan dan merujuknya atau memberikannya informasi mengenai layanan yang relevan, seperti penanganan infeksi saluran reproduksi (lihat Bab 9: Infeksi Menular Seksual) atau perawatan pasca-perkosaan (lihat Bab 2: PPAM dan Bab 8: Kekerasan Berbasis-Gender)

4 HAK ASASI MANUSIA DAN ISU HUKUM

Kurangnya akses ke perawatan aborsi yang komprehensif bagi orang-orang terkena dampak krisis adalah pelanggaran hak atas kesetaraan dan perlindungan mereka, sebagaimana dicantumkan dalam undang-undang hak asasi manusia internasional. Pernyataan berikut dari Konferensi International Mengenai Kependudukan dan Pembangunan (ICPD) mendasari panduan dalam bab ini:

“Semua pemerintahan dan organisasi-organisasi antar-pemerintah dan non-pemerintah dihimbau untuk memperkuat komitmen mereka terhadap kesehatan perempuan, untuk mengatasi dampak kesehatan dari aborsi yang tidak aman sebagai masalah kesehatan masyarakat yang besar serta mengurangi kebutuhan aborsi melalui layanan KB yang ditingkatkan dan diperluas

jangkauannya. Pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan harus selalu menjadi prioritas utama dan setiap upaya harus dilakukan untuk menghilangkan kebutuhan akan aborsi. Perempuan yang mengalami kehamilan yang tidak diinginkan harus mempunyai akses ke informasi yang terpercaya dan konseling yang berpihak padanya... Dimana aborsi tidak melanggar hukum, maka aborsi tersebut harus aman. Bagaimanapun, dalam semua kasus, perempuan harus memiliki akses ke layanan yang berkualitas untuk mengatasi komplikasi yang timbul akibat aborsi.”

Program Aksi ICPD, paragraf 8.25, Kairo, 1994,

Menghormati, melindungi dan memenuhi hak asasi manusia yang berkaitan dengan aborsi meliputi:

- Mengambil langkah positif untuk mengurangi kematian maternal, yang mungkin disebabkan aborsi yang tidak aman;
- Memastikan bahwa negara memberikan informasi untuk membantu kaum perempuan mencegah kehamilan yang tidak diinginkan;
- Menyediakan layanan aborsi yang aman (dalam situasi dimana aborsi legal);
- Menghapus hukuman bagi perempuan yang melakukan aborsi, karena kriminalisasi aborsi membuat perempuan mencari prosedur yang tidak aman dengan risiko yang dapat mengancam jiwa dan kesehatan mereka.

Berikut adalah kondisi dimana pelanggaran hak asasi manusia terjadi:

- Memaksa perempuan untuk menjalani kehamilan yang tidak diinginkan atau yang tidak wajar sehingga membuatnya menderita secara mental (terutama dalam kasus pemerkosaan dan incest).
- Menolak memberi perawatan medis kepada perempuan yang mengalami komplikasi dari aborsi yang tidak aman kecuali kalau ia memberi informasi

tentang orang yang telah melakukan aborsi tidak aman tersebut.

- Undang-undang yang mengharuskan penyedia layanan melaporkan perempuan yang telah melakukan aborsi atau membutuhkan perawatan karena aborsi yang tidak aman adalah pelanggaran terhadap hak privasi perempuan tersebut.
- Kurangnya kerahasiaan dalam sistem kesehatan atau keharusan adanya persetujuan pihak ketiga terhadap prosedur aborsi dapat menghalangi kaum perempuan dalam mencari layanan kesehatan.
- Memaksa perempuan (dari etnis minoritas atau perempuan cacat) untuk menjalankan aborsi adalah tindakan diskriminasi.
- Kehamilan yang dipaksakan merupakan pelanggaran hak asasi manusia. Dan pada situasi tertentu merupakan kejahatan perang.

4.1 Tantangan dan kesempatan

Manager program kesehatan reproduksi dan penyedia layanan dapat menghadapi keputusan sulit atau dilema mengenai aborsi. Mereka menyadari bahwa kemampuan mereka untuk memberikan perawatan aborsi yang komprehensif dibatasi oleh peraturan nasional, norma sosial dan budaya atau pemahaman medis yang salah.

Sebagai contoh, bahkan di tempat dimana aborsi dilegalkan, aborsi yang aman mungkin sulit untuk diakses karena terdapat syarat tambahan berkenaan dengan persetujuan dan konseling, dan biasanya negara memberi batasan mengenai waktu diperbolehkan melakukan aborsi. Tantangan lain adalah perilaku yang menghakimi atau sikap yang mengecilkan hati dari penyedia layanan, kurangnya kapasitas layanan untuk memenuhi kebutuhan atau layanan yang tidak merata atau berkualitas buruk. Selain itu, kaum perempuan sendiri mungkin tidak menyadari tersedianya layanan aborsi atau hak mereka untuk mengaksesnya dalam kerangka hukum.

Sebagai manajer program kesehatan reproduksi atau penyedia layanan, anda kemungkinan besar akan dihadapkan pada tantangan-tantangan seperti ini. Anda harus menyadari posisi organisasi/lembaga anda dalam masalah ini serta melibatkannya sebagai bagian dari analisis situasi dan langkah kedepan Anda.

Latih dan lengkapi semua penyedia layanan kesehatan reproduksi agar dapat memberikan informasi dan layanan aborsi komprehensif atau rujukan ke layanan aborsi yang legal dan aman dalam kerangka hukum. Penting bagi petugas kesehatan reproduksi, manajer program dan penyedia layanan untuk memahami dengan jelas apa yang diperbolehkan oleh hukum di negara tempat mereka bekerja. Upaya oleh para pembuat kebijakan harus diarahkan untuk mengatasi hambatan administratif dari peraturan-peraturan yang membatasi aborsi yang aman dan perawatan pasca aborsi.

Ketika menghadapi situasi yang sulit, prioritas pertama anda adalah apa yang terbaik buat klien, utamakan keselamatan dan kesehatannya. Tentunya penting juga untuk mempertimbangkan keselamatan anda dan rekan kerja anda. Kemudian, anda dapat:

- Membahas pilihan-pilihan yang ada dengan klien anda (misalnya, jika anda tidak dapat memberikan metode aborsi tertentu, anda dapat menginformasikan dimana ia bisa mendapatkannya);
- Menggali kaitan dan rujukan ke organisasi lokal yang mungkin dapat membantu klien anda ;
- Dengan menghargai kerahasiaan klien anda, lakukan identifikasi dengan rekan kerja dan penyedia layanan kesehatan reproduksi lainnya mengenai bagaimana menghindari dan mengatasi masalah seperti ini di masa datang;
- Membahas masalah ini dalam rapat koordinasi kesehatan;
- Diskusikan dengan supervisor anda.

5 MONITORING

Terus lakukan monitoring dan evaluasi terhadap layanan aborsi yang aman dan perawatan pasca aborsi. Lakukan penilaian terhadap tingkat penggunaan layanan ini dan peninjauan terhadap catatan klien, ketersediaan dan penggunaan peralatan dan supply yang sesuai serta indikator-indikator khusus tentang kualitas perawatan. Identifikasi perubahan atau persoalan yang terjadi, dan berikan umpan balik kepada staf dan ikut mengoreksi masalah apapun yang teridentifikasi.

Untuk informasi lebih lanjut mengenai pemantauan lihat Bab 3: Assessment, Pemantauan dan Evaluasi.

6 BACAAN LANJUTAN

Bacaan penting

Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. WHO, Geneva, 2003. http://www.who.int/reproductive-health/publications/safe_abortion/safe_abortion.pdf

Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. WHO, Geneva, 2003. <http://www.who.int/reproductivehealth/impac/index.html>

Tabel 21: Indikator untuk Memantau Ketersediaan dan Keefektifan Aborsi yang Aman serta Perawatan Pasca Aborsi					
Nama	Definisi	Rumusan	Jenis	Sumber data	Komentar
		Numerator dan Denominator	Proses, hasil atau dampak		
Layanan aborsi* dilakukan dengan teknologi yang tepat	Persentase layanan aborsi* yang dilakukan dengan teknologi tepat (aspirasi vakum atau metode dengan obat-obatan/medis)	Jumlah layanan aborsi* yang dilakukan dengan teknologi tepat /total jumlah aborsi × 100	Hasil	Catatan fasilitas	“Layanan aborsi”* mencakup perawatan komplikasi aborsi (akibat aborsi spontan atau aborsi induksi/ tidak aman) maupun pemberian prosedur aborsi induksi
Perempuan yang mengakses layanan aborsi* dan menerima kontrasepsi sebelum keluar dari fasilitas	Persentase perempuan yang mengakses layanan aborsi* dan menerima kontrasepsi sebelum keluar dari fasilitas	Jumlah perempuan yang menerima layanan kontrasepsi sebelum keluar dari fasilitas/ jumlah perempuan yang dirawat untuk aborsi × 100	Hasil	Catatan fasilitas	Rekomendasi: setidaknya 60% dari semua perempuan yang menerima layanan aborsi* akan menerima kontrasepsi pilihan mereka sebelum keluar dari fasilitas
Lingkup layanan aborsi induksi	Persentase perempuan yang menerima layanan aborsi* dan menerima prosedur induksi	Jumlah perempuan yang menerima prosedur aborsi induksi di fasilitas pada periode tertentu/ jumlah semua perempuan yang menerima layanan aborsi di fasilitas pada periode waktu yang sama × 100	Hasil	Catatan layanan kesehatan – tetapi ada masalah kurangnya pelaporan (yaitu tidak melaporkan kasus yang tidak terdaftar di fasilitas) dan salah klasifikasi	Seiring waktu, ada peningkatan persentase perempuan yang menjalani aborsi induksi sebagai bagian dari semua layanan aborsi* di fasilitas Rekomendasi: mendekati 100%

Bacaan tambahan

Herrick J dkk. Woman-centered postabortion care (trainer's and reference manuals). Ipas, Chapel Hill, NC, 2004.

http://www.ipas.org/Publications/Woman-centered_postabortion_care_Trainers_manual.aspx

Hyman A et al. Woman-centered abortion care (trainer's Manual). Ipas. Chapel Hill, NC, 2005.

http://www.ipas.org/Publications/Woman-centered_abortion_care_Trainers_manual.aspx

Misoprostol in Obstetrics and Gynecology.
www.misoprostol.org

Frequently asked clinical questions about medical abortion.

World Health Organization, 2006
<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/en/>

Daftar Isi

1 PENDAHULUAN	177
2 TUJUAN	179
3 PENYUSUNAN PROGRAM	179
3.1 Koordinasi	179
3.2. Need assessment/penilaian kebutuhan	180
3.3 Pelayanan kesehatan reproduksi untuk korban/penyintas kekerasan berbasis gender	181
3.4 Dukungan Psikologis	187
4 PERTIMBANGAN HAK ASASI DAN HUKUM	188
4.1 Tantangan dan Peluang	189
5 MONITORING	189
6 BACAAN LANJUTAN	190

1 Pendahuluan

Kekerasan berbasis gender (gender-based violence) adalah istilah yang digunakan untuk merujuk pada suatu tindakan kekerasan yang terjadi pada seseorang berdasarkan perbedaan status sosial yang berlaku (gender) antara pria dan wanita.

Tindakan kekerasan berbasis gender merupakan pelanggaran terhadap hak-hak asasi manusia universal yang dilindungi oleh instrumen-instrumen dan konvensi-konvensi internasional. Banyak aksi kekerasan berbasis gender dapat digolongkan sebagai aksi melanggar hukum dan kriminal dalam kebijakan dan undang-undang nasional. Kekerasan berbasis gender di seluruh dunia paling banyak menimpa kaum perempuan dan anak-anak perempuan.

Istilah 'kekerasan berbasis gender' kerap digunakan secara bergantian dengan istilah 'kekerasan terhadap perempuan' dan 'kekerasan berbasis gender dan seksual'. Istilah 'kekerasan berbasis gender; menyoroti dimensi gender dari kekerasan tersebut; dengan kata lain, hubungan antara status perempuan yang lebih rendah dalam suatu masyarakat dan makin besarnya kemungkinan terjadi kekerasan terhadap mereka. Namun, penting untuk diingat bahwa pria dan anak laki-laki juga bisa menjadi korban/penyintas kekerasan berbasis gender, termasuk kekerasan seksual, terutama ketika mereka mengalami penyiksaan dan/atau penahanan.

Kekerasan berbasis gender termasuk:

- Kekerasan seksual, di antaranya perkosaan, pelecehan seksual, eksploitasi seksual dan prostitusi
- Kekerasan rumah tangga
- Kawin paksa dan kawin muda
- Praktek-praktek tradisional yang membahayakan seperti mutilasi alat genital perempuan/sunat perempuan, kejahatan atas nama harga diri, warisan janda
- Perdagangan

8

BAB
DELAPAN

**Kekerasan
Berbasis
Gender**

Kekerasan Berbasis Gender

Kotak 30: Kekerasan berbasis berbasis gender dalam situasi bencana*

- Sekurang-kurangnya 50.000 sampai 64.000 perempuan pengungsi internal di Sierra Leone mengalami kekerasan seksual yang dilakukan oleh para gerilyawan bersenjata. Di samping itu, separuh perempuan pengungsi internal yang telah kontak langsung dengan para gerilyawan dilaporkan mengalami kekerasan seksual.
- 25 % perempuan Azerbaijan yang telah di survey di tahun 2000 oleh Pusat Pengendalian dan Pencegahan penyakit Amerika Serikat diketahui telah dipaksa berhubungan seks; di antara mereka yang paling rawan mengalami pemaksaan hubungan seks adalah para pengungsi perempuan .
- Menurut survei pemerintah pada 1999, 37% pekerja seks di Sierra Leone yang berusia di bawah 15 tahun, 80% dari jumlah tersebut tidak memiliki keluarga atau merupakan anak-anak yang menjadi pengungsi akibat perang.
- Mayoritas perempuan Tutsi dalam peristiwa genosida di Rwanda pada 1994 mengalami kekerasan berbasis berbasis gender dalam berbagai bentuk; dengan sekitar 250.000 sampai 500.000 di antaranya mengalami kekerasan seksual.
- Sekitar 20.000 sampai 50.000 perempuan diperkirakan telah diperkosa selama perang di Bosnia-Herzegovina pada awal 1990-an.
- Laporan-laporan lapangan tentang dampak sosial pasca bencana alam menyebutkan telah terjadi banyak pelecehan, seperti dalam laporan tentang banjir di Australia berikut ini: "Hubungan antar manusia telah terungkap dan kekuatan serta kelemahan hubungan terlihat jelas. Akibatnya, perempuan yang terisolasi semakin tersisih, kekerasan dalam rumah tangga meningkat dan hubungan utama dengan keluarga, teman dan pasangan makin terancam. Meningkatnya kekerasan terhadap perempuan juga dilaporkan terjadi di Filipina pasca letusan Gunung Piatobo, di Amerika Tengah dan Utara pasca Badai Mitch; dan di sejumlah negara pasca tsunami 2004

Dari: Guidelines for Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Settings: Focusing on Prevention of and Response to Sexual Violence in Emergencies. Inter-agency Standing Committee (IASC), 2005.

Kekerasan berbasis gender terjadi dalam berbagai bentuk dan cakupan di berbagai budaya, negara dan wilayah. Kekerasan berbasis gender yang terjadi dalam situasi darurat kemanusiaan umumnya jarang dilaporkan, akan tetapi kekerasan ini telah banyak didokumentasikan selama terjadinya krisis kemanusiaan (lihat Kotak 30).

Konsekuensi kekerasan berbasis berbasis gender bisa terjadi sebagai akibat langsung dari tindakan kekerasan atau bisa juga sebagai akibat dari efek jangka panjang:

- **Konsekuensi fisik** ada beragam mulai dari luka ringan sampai luka berat yang menimbulkan kematian atau

cacat permanen; kehamilan yang tidak diinginkan, aborsi tidak aman dan komplikasi; hasil kehamilan yang tidak baik, termasuk keguguran, berat badan lahir rendah dan kematian janin; infeksi penularan seksual, termasuk HIV; penyakit radang panggul, ketidaksuburan, sindrom nyeri kronis; infeksi saluran kemih.

- **Konsekuensi psikologis** termasuk: gelisah, gangguan stres pasca trauma (PTSD/Post Trauma Stress Disorder); depresi; perasaan rendah diri; tidak mampu mempercayai orang lain, takut, peningkatan penyalahgunaan dan penggunaan obat-obatan; gangguan tidur; sulit makan; disfungsi seksual; dan bunuh diri.
- Kekerasan berbasis gender juga sangat besar dampaknya pada **kesehatan sosial** individu dan komunitas dalam hal stigma, isolasi dan penolakan (termasuk oleh suami dan keluarga); kehilangan potensi pendapatan bagi perempuan; gangguan pendidikan pada remaja; dan pembunuhan (misalnya pembunuhan karena harga diri atau pembunuhan bayi perempuan).

2 Tujuan

Bab ini secara khusus membahas tanggung jawab petugas, staf program dan penyedia layanan kesehatan reproduksi dalam mencegah dan merespons konsekuensi kesehatan dari kekerasan berbasis gender. Tujuan dari bab ini adalah membantu mereka dalam:

- Mengetahui jenis-jenis kekerasan berbasis gender;
- Memahami pendekatan multisektor dalam pencegahan dan merespon kekerasan berbasis gender;
- Mendukung integrasi elemen-elemen pencegahan dan respon terhadap kekerasan berbasis gender ke dalam sektor/kluster kesehatan.

3 Penyusunan Program

Pencegahan kekerasan berbasis gender dan penyediaan pelayanan klinis rahasia untuk korban/penyintas perkosaan merupakan bagian dari Paket Pelayanan Awal Minimum kesehatan reproduksi dalam situasi darurat bencana (PPAM) (lihat Bab 2: PPAM). Begitu PPAM diberlakukan, para petugas dan manajer program kesehatan reproduksi, bekerja sama dengan sektor/cluster yang terkait untuk memperluas pelayanan klinis dan psikologis serta dukungan sosial bagi para korban/penyintas perkosaan dan kekerasan berbasis gender lainnya, serta memberikan dukungan inisiatif pencegahan kekerasan berbasis gender.

3.1 Koordinasi

Saat ini, penyusunan **program dengan pendekatan multisektor** merupakan “contoh yang terbaik” dalam mencegah dan merespon kekerasan berbasis gender dalam situasi kemanusiaan. Karakteristik utama model multisektor adalah melibatkan seluruh komunitas yang terkena dampak, kerjasama dan kolaborasi antar disiplin dan antar organisasi, serta koordinasi di antara para pemberi layanan kesehatan, psikologis, hukum dan keamanan dalam merespon kebutuhan-kebutuhan para korban/penyintas kekerasan berbasis gender.

Prinsip utama pendekatan ini adalah menghargai hak dan kebutuhan-kebutuhan utama para korban/penyintas kekerasan berbasis gender dalam hal akses mendapatkan layanan dukungan dan menghormati, jaminan kerahasiaan dan keamanan, serta kemampuan dalam menentukan tindakan untuk menangani insiden kekerasan berbasis gender.

Karena kolaborasi multisektor sangat penting dalam program kekerasan berbasis gender, para petugas dan program manajer kesehatan reproduksi harus aktif terlibat

dalam proses menjelaskan peran dan tanggung jawab serta kolaborasi di dalam dan di antara sektor dalam mencegah dan merespon kekerasan berbasis gender. Hasil dari proses ini kadangkala disebut sebagai Standard Operating Procedures/SOP untuk kekerasan berbasis gender. Penyusunan SOP yang disepakati harus merupakan **suatu proses kolaborasi yang terjadi melalui sejumlah konsultasi** dengan para pemangku kepentingan dan aktor dalam situasi tersebut (lihat Bacaan Lanjutan).

Semua sektor/cluster memiliki peran dalam mencegah dan merespon kekerasan berbasis gender. Namun, proses ini setidaknya harus menyertakan perwakilan dari sektor kesehatan, psikologis, keselamatan/keamanan dan legal/kehakiman/perlindungan (badan-badan PBB, LSM nasional dan internasional, organisasi-organisasi berbasis komunitas, serta badan-badan pemerintah jika perlu).

Perwakilan dari sektor/cluster lain (termasuk pendidikan, pangan dan gizi, manajemen kamp/shelter/perecanaan dan air/sanitasi) juga harus terlibat dalam penyusunan SOP.

Dalam pendekatan multisektor, tanggung jawab sektor/cluster kesehatan termasuk: menyediakan pelayanan kebutuhan kesehatan dan psikologis bagi korban/penyintas perkosaan, sunat perempuan (FGM) atau bentuk-bentuk kekerasan berbasis gender lainnya; mengumpulkan bukti-bukti forensik yang diperlukan; merujuk korban/penyintas untuk mendapatkan dukungan psikologis dan kesehatan lanjutan; memberikan kesaksian jika korban memilih jalur hukum; dan meningkatkan kesadaran tentang kekerasan berbasis gender.

3.2 Needs Assessment/penilaian kebutuhan

Integrasikan pertimbangan-pertimbangan kekerasan berbasis gender ke dalam need assessment bagi perencanaan layanan

kesehatan reproduksi secara komprehensif. Dalam kerangka kerja multisektor, para petugas dan manajer program kesehatan reproduksi merupakan bagian dari sektor/cluster kesehatan dan harus berkolaborasi dengan aktor-aktor sektor/cluster lainnya yang terlibat dalam program kekerasan berbasis gender untuk mengumpulkan informasi berikut:

Di level komunitas:

- Tingkat pemahaman tentang konsekuensi kesehatan dari kekerasan berbasis gender serta waktu dan tempat untuk mengakses layanan yang relevan.

Di level program:

- Aktor-aktor internasional dan lokal yang bekerja pada kekerasan berbasis gender;
- Keberadaan prosedur, protokol, praktek dan bentuk laporan; pelaksanaan nasional, multisektor dan antar lembaga,
- Lokasi dan tipe layanan yang menyediakan pelayanan bagi para korban/penyintas kekerasan berbasis gender (kesehatan, dukungan komunitas, sosial, psikologis, legal);
- Kepatuhan kepada standar etika dan keselamatan dalam layanan kesehatan (keselamatan, privasi, kerahasiaan, menghargai);
- Kebutuhan pelatihan bagi penyedia pelayanan kesehatan dan staf program kesehatan reproduksi;
- Tipe-tipe dan jumlah kasus kekerasan berbasis gender yang dilaporkan kepada layanan kesehatan.

Secara umum diakui bahwa kekerasan berbasis gender, terutama kekerasan seksual, di semua tempat di seluruh dunia jarang dilaporkan. Para korban/penyintas kekerasan berbasis gender sangat takut akan konsekuensi sosial, fisik, psikologis atau legal yang bakal terjadi jika mereka mengungkapkan kekerasan tersebut. Dalam situasi yang ditandai dengan ketidakstabilan, ketidakamanan, kehilangan, kekacauan hukum dan tata tertib serta

kekacauan sistem pendukung keluarga dan komunitas yang meluas, kekerasan berbasis gender lebih jarang lagi diungkap. Data-data yang tersedia tentang laporan berbagai kekerasan berbasis gender dalam suatu situasi dari kepolisian, hukum, kesehatan atau sumber-sumber lain hanya bagian kecil dari jumlah insiden kekerasan berbasis gender yang sebenarnya terjadi.

Penyelidikan tentang kekerasan seksual dan bentuk-bentuk kekerasan berbasis gender lainnya harus dirancang dan dilakukan dengan disertai pemahaman terhadap situasi serta pertimbangan-pertimbangan tentang langkah-langkah penggunaan informasi, pihak yang akan melihatnya, langkah-langkah pelaporan informasi, penerima informasi dan tujuan informasi serta pihak yang akan mendapat manfaat dari informasi tersebut. Pertimbangkan selalu persoalan etika dan keselamatan ketika mengumpulkan, menganalisa dan melaporkan informasi tentang kekerasan berbasis gender (lihat Kotak 31).

Di level nasional:

- protokol-protokol nasional yang berkaitan dengan pelayanan medis dan rujukan kekerasan berbasis gender;
- undang-undang nasional yang berkaitan dengan kekerasan berbasis gender: Tipe-tipe kekerasan berbasis gender yang disebutkan (misalnya sunat perempuan,

kawin paksa, kejahatan harga diri, serangan seksual, pelecehan seksual pada anak-anak, dan prostitusi);

- definisi legal tentang perkosaan. Usia sah untuk diperbolehkan melakukan aktivitas seksual. Apakah ada perbedaan antara anak perempuan dan laki-laki?
- undang-undang nasional tentang terminasi kehamilan akibat kekerasan seksual;
- undang-undang pelaporan wajib untuk kasus-kasus pelecehan seksual dan kekerasan seksual;
- kader-kader penyedia layanan kesehatan yang berwenang untuk mengumpulkan bukti-bukti forensik dan ragam bukti-bukti forensik yang diperbolehkan di pengadilan;
- rencana/kebijakan nasional penghapusan kekerasan berbasis gender. Jenis kekerasan berbasis gender mana yang menjadi target rencana?

3.3 Pelayanan kesehatan reproduksi untuk korban/penyintas kekerasan berbasis gender

Para petugas dan manajer program kesehatan reproduksi harus memastikan penyedia layanan terlatih untuk memberikan pelayanan klinis yang kompeten, rahasia dan simpatik bagi para korban/penyintas kekerasan berbasis gender dan mereka memiliki suplai untuk melakukan hal tersebut.

Kotak 31: Rekomendasi-rekomendasi Keselamatan, Etika dan Metodologi untuk Mendokumentasikan dan Berbagi Informasi tentang Kasus-kasus Kekerasan Berbasis Gender yang Dilaporkan kepada Layanan Kesehatan Reproduksi

Ketika mendokumentasikan informasi:

- Pelayanan dasar dan dukungan bagi para korban/penyintas harus diberikan sebelum korban dilibatkan dalam suatu aktifitas yang akan mengungkapkan informasi tentang pengalaman mereka dalam kekerasan berbasis gender.
- Keselamatan dan keamanan penyedia layanan yang terlibat dalam pengumpulan informasi tentang kekerasan berbasis gender harus menjadi perhatian utama dan terutama dalam situasi darurat bencana harus terus dimonitor.
- Kerahasiaan individu penyedia informasi tentang kekerasan berbasis gender harus selalu dilindungi dan dokumentasi informasi harus mendapat ijin tertulis dari mereka.

- Penyedia layanan kesehatan reproduksi yang akan merawat korban/penyintas kekerasan berbasis gender harus diseleksi dengan teliti dan mendapat pelatihan khusus yang relevan dan cukup dan dukungan berkelanjutan.
- Perlindungan-perlindungan tambahan harus diberikan jika melibatkan anak-anak (mereka yang berusia di bawah 18 tahun).

Ketika berbagi data:

- Selalu diingat penerima informasi dan kemungkinan penggunaan data serta menawarkan panduan tentang interpretasi data.
- Menyediakan konteks bagi semua data yang dilaporkan. Jika diketahui, dan aman melakukannya, berikan informasi tentang kamp/klinik, distrik asal kasus dilaporkan. Sebutkan secara khusus, misalnya “kasus-kasus yang dilaporkan dari jumlah x fasilitas kesehatan”.
- Hanya memberikan deskripsi menyeluruh tentang insiden jika informasi ini tidak bisa dikaitkan kembali ke korban/penyintas individu (tanggal dan lokasi yang tepat, informasi tentang korban/penyintas, etnik, usia, seks, temuan-temuan medis, hanya boleh disertakan jika aman melakukannya).
- Memberikan informasi tambahan yang bisa berkontribusi terhadap perubahan-perubahan jumlah kasus yang dilaporkan dari periode pelaporan terdahulu. Misalnya, penyediaan layanan yang lebih banyak, kampanye-kampanye informasi publik, peningkatan serangan-serangan kekerasan. Jika bisa, informasi tentang waktu terjadinya insiden harus dikumpulkan dan informasi dilaporkan bersama dengan jumlah rata-rata.
- Memberi label semua tabel dan laporan dengan sesuai supaya informasi tidak keluar dari konteks.

Diadaptasi dari: Rekomendasi etika dan keselamatan WHO untuk penelitian, dokumentasi dan monitoring kekerasan seksual dalam situasi darurat dan Stop Rape Now. UN Action against Sexual Violence in Conflict. Reporting and Interpreting Data on Sexual Violence from Conflict-Affected Countries, “Do’s and Don’t’s”.

Kotak 32: Kekerasan berbasis gender: Beberapa Definisi Ketika mendokumentasikan informasi:

Kekerasan seksual

Setiap tindakan seksual, upaya untuk mendapatkan tindakan seksual, komentar-komentar atau dorongan-dorongan seksual yang tidak diinginkan, atau tindakan-tindakan memperdagangkan seksualitas seseorang, dengan menggunakan pemaksaan, ancaman gangguan atau kekuatan fisik, oleh seseorang apapun hubungannya dengan korban dalam suatu situasi termasuk di rumah, tempat kerja dan lainnya.

Kekerasan seksual termasuk:

Perkosaan/upaya perkosaan

Perkosaan merupakan tindakan hubungan seksual tanpa persetujuan. Ini bisa termasuk penyerangan pada suatu bagian tubuh dengan organ seksual dan/atau penyerangan terhadap

saluran genital atau anal dengan suatu benda atau bagian tubuh. Perkosaan dan upaya perkosaan melibatkan penggunaan kekuatan, ancaman kekuatan dan/atau paksaan. Upaya-upaya untuk memerkosa seseorang yang tidak sampai terjadinya penetrasi dianggap sebagai upaya perkosaan.

Pelecehan Seksual

Ancaman fisik bersifat seksual, baik dengan kekuatan atau kondisi yang tidak setara atau paksaan. (Lihat juga “Eksplorasi seksual”).

Eksplorasi seksual

Setiap upaya menyalahgunakan terhadap seseorang yang posisinya rentan, berbeda kekuasaan atau kepercayaan, untuk tujuan seksual, tetapi tidak terbatas pada upaya untuk menghasilkan keuntungan secara keuangan, sosial atau politik dari eksploitasi seksual orang lain. (Lihat juga “pelecehan seksual”)

Kekerasan dalam rumah tangga (disebut juga sebagai kekerasan pasangan intim)

Kekerasan dalam rumah tangga terjadi di antara mitra intim (pasangan, kekasih) serta di antara anggota keluarga (misalnya ibu mertua dan menantu perempuan). Kekerasan dalam rumah tangga bisa termasuk pelecehan seksual, fisik dan psikologis. Istilah-istilah lain yang digunakan untuk merujuk kekerasan dalam rumah tangga yang dilakukan oleh pasangan intim termasuk “pelecehan pasangan” dan “pemukulan istri”.

Mutilasi alat genital perempuan/Sunat perempuan

Mutilasi alat genital perempuan/Sunat perempuan adalah semua prosedur pemotongan sebagian atau seluruhnya dari bagian luar genital perempuan atau bentuk pelukaan lain terhadap organ kelamin perempuan untuk alasan-alasan non-medis.”.

Kawin muda paksa

Ini terjadi ketika orang tua atau yang lainnya mengatur dan memaksa anak di bawah umur kawin dengan seseorang. Pemaksaan terjadi dengan menekan atau memerintahkan anak di bawah umur untuk kawin, untuk mendapatkan mahar atau alasan-alasan lainnya. Kawin paksa merupakan suatu bentuk kekerasan berbasis gender karena anak di bawah umur tidak diperbolehkan untuk, atau belum cukup umur, untuk membuat pilihan penting.

Sumber: Guidelines for GBV Interventions in humanitarian settings: Focusing on Prevention of and Response to Sexual Violence in Emergencies, Inter-agency Standing Committee (IASC), 2005 and GBV Tools Manual for Assessment and Programme Design, Monitoring and Evaluation in conflict-affected settings, RHRC Consortium, 2004

Untuk definisi-definisi berbagai jenis kekerasan berbasis gender lihat Kotak 32.

Perkosaan

Perkosaan seringkali tidak dilaporkan seluruhnya atau tidak dilaporkan sama sekali,

termasuk dalam situasi bencana. Namun, penyedia layanan kesehatan reproduksi di semua situasi harus siap untuk memberikan pelayanan bagi para korban perkosaan dari sejak awal respon bencana. Pencegahan dan respon terhadap kekerasan seksual merupakan komponen PPAM. Untuk informasi

lebih lengkap tentang manajemen klinis korban perkosaan, lihat Bab 2: PPAM, paragraf 3.2.3, hal. 26.

Kekerasan pasangan intim/kekerasan dalam rumah tangga

Penelitian WHO mengenai kesehatan perempuan dan kekerasan dalam rumah tangga mengungkapkan bahwa 15% dan 71% perempuan melaporkan kekerasan fisik atau seksual oleh suami atau pasangan; antara 4% dan 12% melaporkan mengalami pelecehan fisik selama kehamilan; perdagangan perempuan dan remaja putri untuk kerja paksa dan seks menyebar luas dan kerap mengenai mereka yang paling rentan; dan hingga satu dari lima perempuan dan satu di antara sepuluh laki-laki melaporkan mengalami pelecehan seksual saat anak-anak.*

Pemberi pelayanan kesehatan reproduksi memiliki peran penting dalam mendeteksi, merujuk dan merawat perempuan yang mengalami kekerasan. Perempuan yang mengalami kekerasan kerap mencari pelayanan kesehatan sekalipun mereka tidak mengungkapkan peristiwa tersebut. Maka, intervensi oleh penyedia layanan kesehatan reproduksi bisa mengurangi dampak kesehatan jangka pendek dan panjang dari kekerasan berbasis gender terhadap perempuan dan keluarga mereka. Melalui kerja sama dengan para koordinator kesehatan, pastikan:

- Semua staff klinis dan resepsionis mengetahui persoalan-persoalan kekerasan berbasis gender;
- Semua staf memahami dan menerapkan keempat pedoman prinsip tentang keselamatan, menghargai, kerahasiaan, dan non-diskriminatif;
- Poster dan selebaran yang mengecam kekerasan dan informasi tentang kelompok-kelompok pendukung ditampilkan.

Melatih semua penyedia layanan kesehatan reproduksi untuk mengenali tanda-tanda kekerasan dalam rumah tangga dan langkah-langkah merespon dugaan atau laporan tindakan pelecehan, termasuk:

- Jika diduga telah terjadi kekerasan (jika penyedia layanan melihat memar-memar mencurigakan atau cedera lainnya), penyedia layanan bisa melakukan penyelidikan sendiri untuk mendapat informasi lebih banyak, melakukan pelayanan dan tidak menunjukkan sikap menghakimi, misalnya : “Apakah mitra anda atau orang lain yang penting bagi anda telah melukai atau mengganggu fisik anda dengan cara (seperti memukul, menendang, atau membakar anda)?” atau “Apakah anda takut pada pasangan anda?”
- Menjaga kerahasiaan karena bisa membahayakan korban/penyintas dan kerabat lainnya. Memastikan korban/penyintas mendapat tempat yang aman. Jika dia harus kembali kepada pelaku kekerasan, pembalasan bisa terjadi, khususnya jika pelaku mengetahui masalahnya telah dilaporkan. Membantu korban/penyintas untuk menilai situasinya: “Apakah anda dan anak-anak anda terancam?” “Apakah anda aman jika pulang?” “Apakah anda membutuhkan bantuan dengan kondisi di rumah?”
- Menawarkan informasi dan rujukan untuk layanan hukum, sosial, atau layanan lainnya. Membantu korban/penyintas mengidentifikasi sumber dukungan seperti keluarga dan teman, kelompok perempuan setempat, tempat perlindungan dan layanan hukum. Menjelaskan kepada korban bahwa dia tidak sendirian.
- Merujuk korban/penyintas ke layanan pasca perkosaan atau pelayanan medis lainnya jika dibutuhkan.

* Lembar fakta N°239, Violence against women. WHO, November 2008. www.who.int/mediacentre/fact-sheets/fs239/en/print.html.

Mutilasi alat genital perempuan/sunat perempuan

Diperkirakan 100 sampai 140 juta remaja putri dan perempuan telah mengalami mutilasi alat genital perempuan (FGM) dan 2 juta anak perempuan terancam mengalami praktek ini setiap tahun. Sebagian besar anak perempuan dan perempuan yang mengalami FGM ini tinggal di sub-Sahara Afrika. Sebagian lainnya berada di Timur Tengah, Asia dan wilayah-wilayah lain. Petugas dan manajer program kesehatan reproduksi harus mengetahui bahwa FGM dan konsekuensi kesehatan yang terkait dengan FGM umum terjadi pada penduduk di wilayah tempat kerja mereka.

FGM digolongkan sebagai berikut:

Tipe I: Pemotongan kulup klitoris dengan atau tanpa pemotongan sebagian atau seluruh klitoris.

Tipe II: Pemotongan klitoris dengan pemotongan sebagian atau seluruh labia minora.

Tipe III: Pemotongan sebagian atau seluruh kelamin luar dan penjahitan/penyempitan lubang vagina (infibulation). Sekitar 15% dari perempuan dan anak perempuan yang mengalami FGM menjalani tipe ini.

Tipe IV: Tidak digolongkan. Tipe ini termasuk melubangi, menusuk atau mengiris klitoris dan/atau labia, membakar klitoris, mengikis lubang vagina atau memotong vagina dan prosedur lain yang dilakukan terhadap kelamin perempuan untuk sebab yang tidak ada hubungannya dengan medis.

Konsekuensi kesehatan

Anak perempuan dan perempuan yang menjalani bentuk FGM yang lebih kejam sangat mungkin akan mengalami komplikasi serius dan jangka panjang. Beberapa berdampak segera; yang lainnya baru terjadi beberapa tahun kemudian. Dokumentasi dan penelitian tentang bentuk komplikasi fisik tersedia, akan

tetapi penelitian tentang efek seksual atau psikologis FGM atau frekuensi terjadinya komplikasi masih sangat sedikit. Tingkat kematian anak perempuan dan perempuan yang mengalami FGM tidak diketahui.

Komplikasi langsung termasuk pendarahan (salah satu komplikasi yang paling umum): syok, infeksi – termasuk tetanus dan HIV; retensi urine; cedera pada organ sekitar, seperti saluran kencing (urethra), vagina atau rektum; fistulae.

Komplikasi jangka panjang termasuk: pendarahan setelah deinfibulation (membuka kembali lubang vagina untuk hubungan seksual dan proses persalinan); kesulitan menstruasi; kesulitan mengeluarkan urine; infeksi saluran kemih berulang; tidak bisa menahan kencing, infeksi pelviks kronis yang menyebabkan aborsi atau ketidaksuburan; bengkak bernanah dan dermoid cysts; peningkatan resiko penularan HIV dan infeksi menular seksual lainnya ; pengurangan sensitifitas seksual; dan nyeri saat senggama. Masalah-masalah yang terjadi selama kehamilan dan persalinan umum terjadi pada perempuan yang telah menjalani FGM Tipe III, karena jaringan yang terluka menjadi kaku dan terjadi sumbatan. Persalinan sulit dan atau sangat lama, sesak napas pada bayi, luka gores pada ibu, pendarahan, fistulae dan infeksi bisa terjadi.

Trauma psikologis pada prosedur tersebut bisa meninggalkan luka emosional selamanya dan mengurangi kepercayaan pada para pemberi pelayanan. Dampak fisik dan psikologis FGM juga bisa memicu timbulnya masalah dalam hubungan seksual.

Yang penting untuk diingat adalah tidak semua perempuan yang menjalani FGM akan mengalami masalah kesehatan . Sebaliknya, banyak perempuan tidak menyadari masalah kesehatan yang mereka alami merupakan akibat dari FGM.

Pelayanan Klinis

Penyedia layanan kesehatan reproduksi juga harus mampu mewawancarai dan melakukan pemeriksaan fisik pada perempuan yang telah mengalami FGM, mengenali dan menyediakan informasi yang sesuai, konseling, dukungan, pelayanan dan/atau rujukan untuk mendapatkan penanganan lanjutan bagi komplikasi FGM secara rahasia, pribadi dan tidak menghakimi.

Dalam suatu tempat yang umum terjadi FGM Tipe III, para manajer program kesehatan reproduksi harus memastikan para penyedia layanan kesehatan reproduksi telah dilatih dalam membuka infibulasi ketika ada indikasi, atau tahu kapan dan ke mana harus merujuk prosedur ini.

Medikalisasi FGM — perusakan dengan sengaja organ-organ yang sehat oleh profesional kesehatan di luar alasan terapi — merupakan tindakan keliru dan tidak etis yang tidak dapat mengatasi ketidakadilan dasar dari FGM.

Keluarga Berencana cocok untuk remaja dan perempuan dengan FGM seperti juga untuk klien lainnya (lihat Bab 5: Keluarga Berencana). Perempuan yang telah mengalami infibulasi mengalami kesulitan dalam menggunakan metode yang harus dimasukkan ke dalam vagina, seperti intrauterine device (IUD), kondom perempuan atau cincin vagina. Karena perempuan dengan FGM sangat rentan mengalami infeksi pada saluran genital, IUD hanya bisa dimasukkan setelah melalui pertimbangan yang matang.

Memastikan para penyedia layanan kesehatan reproduksi yang memiliki tugas-tugas kebidanan telah mendapat pelatihan untuk menilai dan menangani perempuan dengan komplikasi akibat FGM selama **kehamilan, persalinan dan kelahiran dan periode pasca melahirkan**. (Untuk informasi lebih lengkap lihat Bab 6: Kesehatan maternal dan neonatal

Pencegahan

Di suatu tempat yang menjalankan praktek FGM secara luas, FGM akan didukung oleh laki-laki dan perempuan dan bisa dipahami sebagai ikatan sosial serta diberi penghargaan dan hukuman. Praktek ini kerap diperkuat dengan kepercayaan agama, kedewasaan dan moralitas seksual perempuan, dan dianggap perlu untuk kemampuan perkawinan. Karena itu para manajer program kesehatan reproduksi harus bekerja sama erat dengan para pemangku kepentingan setempat, terutama LSM-LSM perempuan, serta organisasi-organisasi profesional, dengan tujuan mencapai keputusan bersama oleh komunitas untuk meninggalkan praktek tersebut. Mengorganisir diskusi dan pertukaran informasi di dalam komunitas dengan tujuan untuk pemberdayaan, penghormatan terhadap anak perempuan dan perempuan dan penyelesaian masalah, menyediakan informasi tentang fungsi-fungsi tubuh perempuan, konsekuensi buruk dari praktek tersebut dan manfaat meninggalkannya. Pelayanan bagi para perempuan dengan FGM harus disertakan di dalam program tersebut.

Kawin muda paksa

Ketika kawin muda umum terjadi, para penyedia kesehatan reproduksi harus dipastikan mengetahui resiko-resiko kesehatan reproduksi bagi remaja, termasuk komplikasi-komplikasi yang terkait dengan kehamilan seperti kesulitan persalinan dan infeksi menular seksual, termasuk HIV. Para penyedia kesehatan reproduksi harus mendapat pelatihan yang sesuai tentang remaja dan memahami bahwa kawin muda bisa mengganggu mobilitas anak perempuan dan kelanjutan sekolah mereka. Informasi yang diberikan pada saat kontak pertama dengan anak perempuan yang menikah muda sangat penting karena ia mungkin tidak bisa mengakses layanan kesehatan reproduksi dengan sering. Untuk informasi lebih lengkap lihat Bab 4: Kesehatan Reproduksi Remaja.

3.4 Dukungan Psikologis

Catatan: Bagian ini diadaptasi dari Buku Pedoman intervensi kekerasan berbasis gender dalam situasi bencana (Guidelines for Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Setting)s, Action sheet 8.3. Inter-Agency Standing Committee (IASC), 2005.

Korban/Penyintas kekerasan berbasis gender bisa mengalami sejumlah konsekuensi psikologis seperti kesedihan dan depresi; menyalahkan diri sendiri; gangguan somatis (keluhan fisik akibat gangguan kejiwaan); masalah-masalah seksual; semangat berubah-ubah/gangguan mood, marah dan masalah-masalah terkait kecemasan (tidak bisa tidur, takut, stress, dan takut “menjadi gila”). Bagi sebagian besar korban/penyintas, masalah-masalah ini merupakan respon emosional normal terhadap trauma. Terutama dalam hal dukungan sosial dan emosi, banyak korban/penyintas belajar mengatasi dan keluhan terus berkurang dengan berjalannya waktu.

Selain itu, ada konsekuensi-konsekuensi sosial. Sebagian besar masyarakat cenderung menyalahkan korban/penyintas kekerasan seksual. Stigma sosial, isolasi dan penolakan – termasuk oleh suami dan keluarga – merupakan konsekuensi serius, sehingga kerap membuat pemulihan emosional sangat sulit akibat korban/penyintas menarik diri dari pergaulan sehari-hari dan dari dukungan sosial.

Pastikan terjalin koordinasi yang erat di antara layanan-layanan pendukung psikososial dan klinis. Dukungan psikososial harus dimulai dari pertemuan pertama dengan korban/penyintas. Para penyedia di semua layanan komunitas dan kesehatan harus dilatih untuk mendengarkan dan menyediakan dukungan emosional ketika seorang korban/penyintas mengungkapkan atau mengisyaratkan telah mengalami kekerasan seksual, memberikan informasi dan rujukan yang dibutuhkan dan disetujui oleh korban/penyintas.

Dukungan dari keluarga dan teman seringkali

bisa menjadi faktor dalam mengatasi trauma kekerasan. Para penyedia harus memfasilitasi partisipasi dan integrasi korban/penyintas ke dalam komunitas. Aktifitas-aktifitas berbasis komunitas yang sesuai bagi para korban/penyintas kekerasan seksual adalah :

- Mengidentifikasi dan melatih sumber-sumber yang ada dan sesuai di dalam komunitas, seperti dukun bayi, bidan, kelompok-kelompok perempuan, para pemimpin agama dan program-program layanan komunitas agar mengetahui bagaimana mendukung para korban.
- Mengembangkan kelompok-kelompok pendukung perempuan. (Dalam beberapa konteks mungkin perlu adanya kelompok-kelompok pendukung yang dirancang khusus bagi para korban/penyintas kekerasan seksual dan keluarga mereka; namun, hati-hati jangan sampai menambah stigma sosial dengan menyisihkan satu kelompok tertentu saja).
- Mendirikan tempat/rumah singgah khusus bagi para korban/penyintas sehingga mereka bisa menerima pelayanan rahasia dan penuh perhatian
- Menyediakan dukungan material yang dibutuhkan melalui layanan-layanan kesehatan dan komunitas lainnya.
- Mendorong penggunaan sumber-sumber tradisional yang sesuai. Jika memungkinkan, berkolaborasi dengan para dukun tradisional atau pemuka agama yang masing-masing bisa mengadakan upaya pembersihan atau doa untuk para korban/penyintas kekerasan seksual. Praktek semacam ini bisa sangat menguntungkan; namun, pastikan mereka tidak kemudian menyalahkan para korban/penyintas atau juga semakin memperbesar tekanan pada korban/penyintas.

Aktifitas-aktifitas ini harus sesuai dengan budaya dan harus dikembangkan setelah konsultasi (dan jika mungkin kerjasama) dengan anggota-anggota komunitas. Mereka akan membutuhkan dukungan finansial dan

logistik yang berjalan dan apabila sesuai dukungan pelatihan dan supervisi.

Dukungan-dukungan psikososial juga dibutuhkan untuk para korban FGM dan perempuan yang dipaksa kawin muda. Organisasi dan pemberian nama dukungan semacam itu bisa diadaptasi karena FGM dan kawin muda merupakan sanksi sosial dan orang-orang tidak melihat diri mereka sendiri sebagai korban/penyintas.

4 Pertimbangan Hak Asasi Dan Hukum

Kekerasan berbasis gender sangat bertentangan dengan hak-hak asasi manusia dan merupakan halangan besar terwujudnya hak-hak asasi manusia dan kebebasan dasar. Banyak prinsip hak asasi manusia yang dimuat di dalam instrumen hak asasi manusia internasional menjadi pedoman bagi perlindungan dari kekerasan berbasis gender. Prinsip-prinsip ini termasuk hak-hak bagi:

- **Kehidupan, kemerdekaan dan keamanan manusia** — hak ini terancam ketika seseorang diperkosa atau mengalami mutasi alat genital perempuan/sunat perempuan (FGM);
- **Standar kesehatan fisik dan mental tertinggi yang dapat dicapai**— hak ini terhambat jika seseorang ditolak aksesnya untuk mendapatkan pelayanan medis yang semestinya setelah mengalami perkosaan;
- **bebas dari penyiksaan atau kekejaman, serta hukuman atau perlakuan yang tidak manusiawi atau merendahkan** — FGM/sunat perempuan, perkosaan, kekerasan dalam rumah tangga yang sangat buruk, sterilisasi paksa dan aborsi paksa, serta penolakan akses layanan aborsi yang aman bagi perempuan yang hamil karena perkosaan dan perdagangan manusia, merupakan suatu bentuk penyiksaan atau hukuman yang kejam, tidak manusiawi dan merendahkan;
- **Bebas dari semua bentuk diskriminasi** — hak ini akan terhalang jika undang-

undang gagal melindungi perempuan dan anak perempuan dari kekerasan berbasis gender dan/atau jika mereka harus ditemani oleh suami atau ayah untuk mendapatkan pelayanan medis akibat perkosaan. Semua bentuk kekerasan terhadap perempuan merupakan diskriminasi terhadap mereka;

- **Memasuki perkawinan dengan persetujuan penuh dan bebas serta pemberian hak-hak yang setara dalam perkawinan, selama perkawinan dan saat perceraian** — kawin paksa merupakan pelanggaran hak ini;
- **Kebebasan bergerak, berpendapat, berekspresi dan berkumpul** — kebebasan ini akan terampas jika seseorang diperdagangkan, dikurung paksa atau dilarang oleh suami atau orang tua mengakses kesehatan atau layanan lainnya.

Anak perempuan sangat beresiko mengalami kekerasan berbasis gender karena jenis kelamin mereka serta usia yang muda. Konvensi Hak-hak Anak-anak menyatakan bahwa **anak-anak berhak mendapat perlindungan dari semua bentuk kekerasan fisik atau mental, termasuk pelecehan seksual**, yang terjadi di lingkungan keluarga atau di dalam lembaga, serta dari pelecehan seksual terorganisir. Anak-anak juga berhak dilindungi dari praktek-praktek kekerasan, seperti FGM/sunat perempuan.

Korban/penyintas kekerasan berbasis gender **berhak mencari pelayanan medis** tanpa harus melalui persyaratan prosedural yang rumit. Karena itu, mencegah korban/penyintas kekerasan berbasis gender untuk mengakses dan mendapatkan pelayanan medis dengan mewajibkan mereka menunjukkan surat nikah, mendapat ijin dari suami atau mengajukan laporan polisi merupakan suatu bentuk pelanggaran hak tersebut. Jika yang menjadi korban/penyintas adalah anak remaja, negara harus menjamin adanya provisi hukum yang memberi peluang pelayanan medis bagi remaja tanpa harus mendapat ijin dari orang tua.

Semua badan harus mengadvokasi penguatan dan/atau penegakan undang-undang nasional terhadap kekerasan berbasis gender sesuai dengan kewajiban hukum internasional, termasuk hukuman bagi para pelaku pelanggaran dan implementasi langkah-langkah legal untuk melindungi dan mendukung korban/penyintas kekerasan berbasis gender.

4.1 Tantangan dan Peluang

Terkadang, para manajer program dan penyedia layanan kesehatan reproduksi dan penyedia layanan menghadapi keputusan sulit ketika memberikan perawatan pada korban/penyintas kekerasan berbasis gender. Kemampuan mereka untuk memberikan layanan terkendala oleh undang-undang nasional atau norma-norma sosial dan budaya. Misalnya:

- Di banyak masyarakat, adalah umum terjadi bahwa keluarga dan/atau otoritas mendorong perempuan atau anak perempuan kawin dengan pelaku kekerasan seksual .
- Di masyarakat yang masih menjunjung tinggi keperawanan dalam perkawinan, keluarga korban/penyintas akan meminta penyedia layanan untuk melakukan “tes keperawanan”.
- Jika kerahasiaan pasien terungkap, layanan yang diberikan kepada korban/penyintas akan menempatkannya ke resiko pembalasan dan kekerasan berlanjut
- Penyedia layanan mungkin mengetahui atau mencurigai pelaku kekerasan adalah seseorang yang punya hubungan atau dekat dengan korban dan bisa merasa keselamatan korban terancam.

Pedoman Prinsip

Para penyedia atau manajer kesehatan reproduksi yang menghadapi dilema serupa harus memprioritaskan keselamatan klien, diri

mereka sendiri serta kolega mereka. Prinsip-prinsip lain yang harus dipastikan adalah menghormati keinginan klien, memastikan tidak terjadi diskriminasi dan menjamin kerahasiaan. Pedoman prinsip ini juga harus dipertimbangkan ketika membantu kelompok minoritas.

Selanjutnya, penyedia atau manajer kesehatan reproduksi bisa:

- berbicara dengan supervisor mereka;
- mendiskusikan pilihan-pilihan dengan klien;
- mendiskusikan strategi-strategi dan pilihan-pilihan advokasi di dalam struktur klinis atau organisasi mereka;
- menggali hubungan dengan dan rujukan ke organisasi-organisasi yang mampu membantu klien;
- dengan tetap menghormati kerahasiaan klien mereka, berdiskusi dengan kolega mereka mengenai langkah-langkah untuk menghindari situasi tersebut/ penanganannya nanti ;
- angkat masalah ini dalam pertemuan-pertemuan koordinasi kesehatan.

5 Monitoring

Monitoring dan pelaporan kasus-kasus kekerasan berbasis gender, pertukaran informasi; dokumentasi insiden dan analisis data harus disepakati sebagai bagian dari Standar Operasional Prosedur. Mengumpulkan dan menganalisa informasi tentang kekerasan berbasis gender bisa memberikan informasi berharga jika kekerasan telah terjadi dan diungkapkan dengan semestinya (lihat juga Kotak 31, hal. 181).

Indikator-indikator yang harus dikumpulkan di level fasilitas kesehatan:

- Jumlah kasus kekerasan seksual yang dilaporkan ke layanan kesehatan (per bulan).
- Waktu pemberian kontrasepsi darurat (persentase korban/penyintas perkosaan

yang mendatangi layanan kesehatan dalam waktu 120 jam yang menerima pil kontrasepsi darurat).

- Waktu pemberian PEP (persentase korban/penyintas perkosaan yang mendatangi layanan kesehatan dalam waktu 72 jam dan menerima PEP).

Indikator-indikator yang harus diukur setiap tahun:

- Jumlah petugas kesehatan yang terlatih dalam manajemen klinis korban/penyintas perkosaan.

6 Bacaan Lanjutan

Utama

Guidelines for Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Settings: Focusing on Prevention of and Response to Sexual Violence in Emergencies. Inter-agency Standing Committee (IASC), 2005. <http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/subsidi/fgm/gender/default.asp?bodyID=1&publish=0>

GBV Resource Tool: Establishing GBV Standard Operating Procedures (SOP Guide). IASC Sub-Working Group on Gender & Humanitarian Action, Mei 2008. http://clinicalcare.rhrc.org/docs/gbv_sop_guide_final_may_2008.pdf

Management of Rape Survivors, Developing protocols for use with refugees and internally displaced persons. Edisi revisi. UNHCR/WHO, 2004. <http://www.who.int/reproductive-health/publications/clinicalmngtsurvivorsofrape/>

Female genital mutilation: integrating the prevention and the management of the health

complications into the curricula of nursing and midwifery, a teacher's guide. Geneva, World Health Organization, 2001. WHO/RHR/01.16. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/RHR_01_16/en/index.html

Tambahan

Ethical and safety recommendations for researching, documenting and monitoring sexual violence in emergencies. http://www.who.int/gender/documents/OMS_Ethics&Safety10Aug07.pdf

Guidelines on Mental Health and Psychological Support in Emergency Settings. IASC, 2007. <http://www.who.int/hac/network/interagency/news/mentalhealthguidelineschecklist/en/index.html>

Gender-based Violence Tools Manual for Assessment & Programme Design, Monitoring & Evaluation in conflict-affected settings. RHRC Consortium. 2004. <http://www.rhrc.org/resources/gbv/gbvtools/manualtoc.html>

Multi-country study on domestic violence. <http://www.who.int/gender/violence/whomulticoun-trystudy/en/index.html>

Reporting and Interpreting Data on Sexual Violence from Conflict-Affected Countries: Dos and Don'ts (UN Action Guidance Note). www.stoprapenow.org/pdf/UN%20ACTIONDosand-Donts.pdf



Daftar Isi

1	PENDAHULUAN	191
2	TUJUAN	192
3	PENYUSUNAN PROGRAM	192
3.1	Paket kesehatan masyarakat untuk IMS	192
3.2	Need assessment/penilaian kebutuhan	193
3.3	Intervensi masyarakat	194
3.4	Manajemen kasus IMS /ISR	196
3.5	Integrasi layanan	204
4	HAK ASASI MANUSIA DAN HUKUM	205
4.1	Tantangan dan peluang	206
5	MONITORING	207
6	BACAAN LANJUTAN	207

9

BAB
SEMBILAN

**Infeksi
Menular
Seksual**

1 Pendahuluan

Kotak 33: Terminologi: IMS versus ISR

Tidak semua infeksi menular seksual (IMS) merupakan infeksi saluran reproduksi (ISR); dan tidak semua penyakit saluran reproduksi ditularkan secara seksual:

- **IMS mengacu pada cara penularannya**

Sedangkan

- **ISR mengacu pada tempat terjadi infeksi**

Infeksi saluran Reproduksi adalah terminologi luas yang mencakup infeksi menular seksual dan juga infeksi lain dari saluran reproduksi yang tidak ditularkan melalui hubungan seksual. Karena hampir semua kasus IMS memiliki konsekuensi kesehatan melebihi dari ISR, terminologi IMS/ISR yang digunakan dalam dokumen ini menekankan pentingnya IMS dalam ISR. Ketika informasi yang diberikan pada dokumen ini berhubungan hanya dengan IMS, maka terminologi IMS digunakan secara tersendiri.

Infeksi Menular Seksual

Infeksi menular seksual (IMS) merupakan masalah kesehatan yang cukup besar di seluruh dunia. WHO memperkirakan lebih dari 340 juta kasus baru dari empat IMS yang dapat disembuhkan (gonorrhoe, chlamydia, syphilis dan trichomoniasis) terjadi pada 1999. Jika IMS viral (tidak dapat disembuhkan), seperti human papillo-mavirus (HPV), herpes simplex virus (HSV), hepatitis B dan infeksi HIV disertakan, jumlah kasus baru bisa tiga kali lipat lebih tinggi. Bagi perempuan, infeksi saluran reproduksi yang ditularkan bukan melalui hubungan seksual (ISR) seperti infeksi jamur atau bacterial vaginosis, bahkan lebih umum terjadi.

IMS/ISR ditemukan di seluruh dunia. Namun, penyebaran dan prevalensi (umum tidaknya penyakit itu) dipengaruhi oleh faktor-faktor sosial dan ekonomi, biologi serta perilaku. Karena itu beban IMS/ISR sangat beragam antara wilayah yang satu dengan lainnya dan di antara komunitas satu dengan lainnya. Contoh :

- IMS seperti sifilis, gonorrhoe dan chancroid bisa menyebar dengan sangat cepat di lingkungan komunitas yang tidak teratur, lingkungan buruh migran dan di lingkungan jaringan seks komersial
- Infeksi latrogenik (yang disebabkan oleh prosedur atau pemeriksaan medis) akan jauh lebih banyak terjadi di lingkungan yang terdapat banyak IMS sementara penyedia layanan tidak mendapat pelatihan atau suplai untuk melakukan prosedur dengan aman. Infeksi pasca persalinan atau pasca aborsi akan lebih sering terjadi di lingkungan yang tidak tersedia layanan dan layanan tindak lanjut yang aman.
- Infeksi endogen, seperti infeksi jamur dan bacterial vaginosis, umum terjadi di seluruh

dunia dan dipengaruhi oleh faktor lingkungan, higienis, hormon dan faktor-faktor lainnya.

Kemunculan HIV membuat perhatian pada pengendalian IMS semakin besar. Penyebaran IMS dan HIV sangat terkait. Kemunculan IMS lainnya telah memperbesar resiko penularan seksual HIV.

Dalam situasi bencana, resiko penularan IMS (termasuk HIV) bisa sangat tinggi akibat meningkatnya kekerasan seksual, kehadiran pekerja dalam pekerjaan-pekerjaan dengan mobilitas tinggi (sopir truk, penjaga perdamaian), transaksi seks, pemakaian alkohol dan obat-obatan, ketiadaan informasi dan akses kondom dan kondisi sangat padat di kamp-kamp.

2 Tujuan

Tujuan dari bab ini adalah membantu petugas kesehatan reproduksi staf program dan penyedia layanan dalam situasi bencana untuk:

- Memenuhi kebutuhan-kebutuhan individu yang terinfeksi ISR/IMS atau orang-orang yang beresiko ISR/ IMS;
- Mendukung implementasi pendekatan kesehatan masyarakat yang efektif untuk mengurangi penularan IMS.

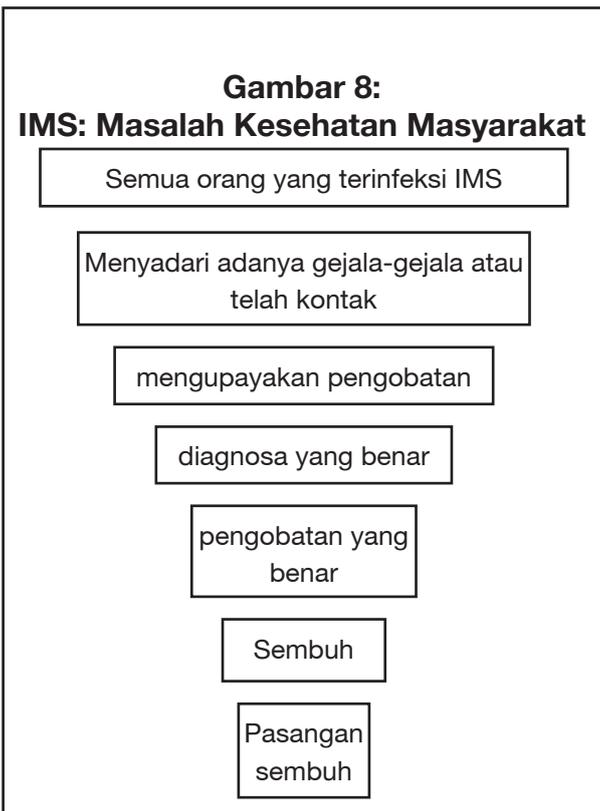
3 Penyusunan Program

3.1 Paket kesehatan masyarakat untuk IMS

Infeksi menular seksual merupakan masalah kesehatan masyarakat yang sangat penting

di sebagian besar belahan dunia. Kegagalan mendiagnosa dan merawat IMS di tahap-tahap permulaan bisa menimbulkan konsekuensi sangat buruk dan mengancam jiwa, termasuk ketidaksuburan, keguguran, kelahiran sebelum waktunya, kelahiran mati, kehamilan ektopik, kanker ano-genital dan kematian dini serta infeksi bayi dan neonatus.

Ada banyak tantangan dalam menyediakan layanan IMS/ISR yang efektif pada orang-orang yang membutuhkannya. Gambar 8 menunjukkan tantangan-tantangan ini: banyak orang tidak merasakan gejala atau tidak menyadari bahwa mereka mengidap IMS (misalnya IMS seringkali tanpa gejala pada perempuan) dan karena itu tidak mengupayakan untuk mendapatkan pengobatan. Mereka yang merasakan gejala memilih untuk merawatnya sendiri atau mencari pengobatan di toko-toko obat atau dari tabib-tabib tradisional. Mereka yang datang ke klinik tidak mendapatkan diagnosa dan pengobatan yang semestinya. Pada akhirnya, hanya sebagian kecil orang yang mengidap IMS bisa diobati dan terhindar dari infeksi kembali.



Tujuan dari program IMS adalah mengurangi prevalensi IMS dengan menghambat penyebarannya, mengurangi lama infeksi dan mencegah timbulnya komplikasi pada mereka yang terinfeksi.

Mengendalikan penyebaran IMS adalah sangat menantang. Program-program kesehatan masyarakat tidak hanya memastikan layanan berkualitas baik yang bisa diakses dan yang memberikan layanan manajemen IMS yang komprehensif, tapi juga menangani faktor biologis, perilaku dan sosial yang mempengaruhi penyebaran IMS

Paket kesehatan masyarakat yang lengkap termasuk:

Di level komunitas

- Mempromosikan seks aman (lihat 3.3.1)
- Program-program kondom (lihat 3.3.2)
- Kesadaran masyarakat akan IMS dan promosi penggunaan klinik lebih dini (lihat 3.3.3)

Di level layanan kesehatan

- Manajemen kasus IMS komprehensif pada kontak pertama (lihat 3.4)
- Layanan-layanan khusus untuk penduduk yang beresiko, termasuk para pekerja seks, remaja, militer dan tahanan (lihat 3.4.6)

Integrasi penanganan IMS

- Mengintegrasikan pencegahan pemeriksaan dan pengobatan IMS, ke dalam layanan lainnya (lihat 3.5).

3.2 Need Assessment

Meskipun program IMS bukan merupakan bagian dari Paket Pelayanan Awal Minimal (PPAM), penyediaan layanan bagi pasien yang menunjukkan gejala-gejala IMS/ISR sebagai bagian dari layanan klinis rutin di permulaan respons bencana adalah sangat penting.

Setelah PPAM diterapkan, integrasikan

pertimbangan-pertimbangan IMS ke dalam Need Assessment perencanaan layanan kesehatan reproduksi yang komprehensif untuk mendisain program pencegahan, layanan dan kontrol IMS yang komprehensif dan tepat. Petugas-petugas kesehatan reproduksi harus mengumpulkan informasi berikut ini, dengan berkoordinasi dengan pelaku sektor/kluster kesehatan lainnya :

- Prevalensi dan tipe IMS di negara, wilayah atau tempat pengungsian dan negara asal. Informasi ini bisa diperoleh dari program-program nasional IMS dan WHO.
- Kehadiran kelompok-kelompok beresiko dan lokasinya di dalam komunitas terkena dampak, di mana intervensi harus ditargetkan sebagai suatu prioritas (misalnya, di lokasi yang terdapat pekerja seks, bar). Informasi ini bisa diperoleh melalui interview dengan informan-informan kunci dari komunitas tersebut.
- dan praktek-praktek yang terkait dengan seksualitas, kesehatan reproduksi dan IMS/ISR. Informasi ini bisa diperoleh melalui riset kualitatif dengan menggunakan diskusi kelompok, interview, dan jika mungkin, melalui survei KAP/Knowledge Attitude Practice (pengetahuan, sikap, dan praktek)
- Keberadaan rantai supply medis yang handal dan berkesinambungan yang bisa mendukung implementasi layanan IMS/ISR.

Petugas-petugas kesehatan reproduksi harus mengenal undang-undang dan kebijakan-kebijakan nasional yang terkait dengan IMS:

- Apakah terdapat pedoman-pedoman atau protokol nasional mengenai manajemen IMS? Jika ada, apakah ada ketidaksesuaian antara kebijakan nasional dengan pedoman WHO?
- Apakah semua obat untuk penanganan IMS yang sesuai disertakan di dalam pedoman pengobatan nasional? Apakah pedoman-pedoman nasional mencakup obat-obatan yang tidak lagi efektif melawan infeksi tertentu?

- Apakah ada kebijakan-kebijakan yang menghambat penyediaan layanan IMS?
- Apakah ada undang-undang atau kebijakan nasional mengenai pemberitahuan kepada pasangan?
- Apakah ada kebijakan-kebijakan nasional yang berkaitan dengan program-program pengendalian IMS?

Petugas-petugas kesehatan reproduksi juga harus:

- Berhubungan dengan otoritas nasional untuk mengidentifikasi atau mengembangkan protokol manajemen sindrom untuk IMS;
- Mengidentifikasi rantai suplai komoditas medis yang handal untuk memastikan suplai berkesinambungan obat-obatan IMS yang efektif;
- Mengidentifikasi orang-orang di masyarakat yang terkena dampak yang telah dilatih dalam pencegahan dan pengendalian IMS serta kebutuhan-kebutuhan pelatihan bagi staf;
- Mengidentifikasi tempat-tempat yang tepat untuk memberikan layanan penanganan IMS serta layanan-layanan kesehatan reproduksi lainnya yang harus diintegrasikan.

3.3 Intervensi masyarakat

Pendekatan di tingkat masyarakat untuk pencegahan dan pengendalian IMS/ISR termasuk:

- Mengkampanyekan seks aman— termasuk penggunaan kondom secara konsisten, pengurangan pasangan seks dan penundaan permulaan aktifitas seksual;
- Program kondom;
- Kesadaran masyarakat tentang IMS dan promosi penggunaan layanan klinis lebih awal.

3.3.1 Mengkampanyekan seks aman

Pendekatan paling baik untuk mencegah IMS adalah menghindari paparan yang bisa dicapai dengan:

- Menggunakan kondom dengan benar dan konsisten;
- Mengurangi jumlah pasangan seks;
- Memberikan dukungan bagi kaum muda dalam memutuskan untuk menunda aktifitas seksual.

Kondom merupakan metode paling handal yang tersedia bagi orang-orang untuk melindungi diri mereka sendiri atau pasangan mereka dari resiko IMS. Jika digunakan dengan benar dan konsisten di setiap aktivitas seksual, kondom bisa mengurangi resiko kehamilan dan IMS (termasuk infeksi HIV) secara signifikan. IMS masih dapat terjadi meskipun menggunakan kondom. Borok kelamin (*genital ulcer*) atau wart/kutil bisa ditularkan melalui kontak dengan bagian tubuh yang tidak tertutup oleh kondom.

Banyak orang terinfeksi IMS karena mereka keliru dalam menggunakan kondom atau tidak konsisten menggunakannya. Ketika ditangani atau disimpan dengan tidak semestinya, misalnya di dompet atau di tempat yang panas, atau jika digunakan bersama dengan pelumas berbahan minyak, kondom pria bisa rusak. Kerusakan kondom biasanya akibat penggunaan yang tidak benar, bukan karena kerusakan pada kondom itu sendiri.

Kondom Pria umumnya terbuat dari lateks dan banyak tersedia, murah dan sangat efektif. Karena mudah dibawa, perlindungan bisa tersedia setiap saat.

Kondom perempuan terbuat dari bahan polyurethane atau nitrile plastic yang lebih kuat dibanding lateks, dan makin banyak tersedia dengan harga lebih murah dibanding pertama kali diperkenalkan. Kondom perempuan lebih menguntungkan bagi perempuan karena mereka bisa mengontrol penggunaannya.

Membatasi jumlah pasangan seks bisa membantu mengurangi paparan IMS. Orang-orang yang sama-sama memiliki hubungan monogami (pasangan sama-sama tidak memiliki pasangan seks lain) tidak beresiko tertular IMS jika keduanya bebas dari infeksi. Tidak melakukan hubungan seksual merupakan cara lain untuk mengurangi resiko IMS (meskipun ISR lainnya masih bisa terjadi).

Banyak orang membutuhkan strategi pencegahan daripada monogami atau tidak melakukan hubungan seksual. Hubungan monogami tidak memberikan perlindungan dari IMS ketika hubungan itu dilanjutkan dengan hubungan lain dengan cepat (monogami serial). Pasangan yang saling berpisah dalam periode waktu tertentu juga membutuhkan strategi lain. Pria dan wanita yang pekerjaannya banyak melakukan perjalanan (misalnya pekerja migran, pedagang, sopir truk, tentara) lebih besar kemungkinannya memiliki banyak pasangan dan kembali ke rumah dengan membawa IMS. Dalam situasi apapun, pria dan wanita yang memiliki banyak pasangan (atau yang pasangannya memiliki banyak pasangan) membutuhkan perlindungan yang handal dari IMS.

Menunda aktifitas seksual. Kaum muda terutama remaja, bisa menghindari IMS dan kehamilan di usia mereka yang sangat rentan dengan menunda aktifitas seksual sampai mereka lebih dewasa. Kaum muda harus mengetahui bahwa mereka bisa mendapat dukungan dan informasi rahasia mengenai metode pencegahan kehamilan dan IMS termasuk dengan menggunakan kondom ketika mereka memutuskan untuk aktif dalam hubungan seksual.

Dukungan untuk menunda aktifitas seksual sangat penting bagi para remaja putri karena mereka menghadapi konsekuensi kesehatan dan sosial yang lebih buruk jika hamil atau tertular IMS. Remaja putri sangat rentan tertular infeksi serviks yang bisa menimbulkan penyakit peradangan panggul (*pelvic inflammatory*

disease/PID), ketidaksuburan, kehamilan ektopik, dan konsekuensi jangka panjang, kanker serviks.

3.3.2 Program Kondom

Kondom berkualitas baik sangat penting untuk melindungi konsumen dan kredibilitas program kesehatan reproduksi itu sendiri. Ada banyak merek kondom yang beredar di pasaran. Beberapa lembaga memfasilitasi pembelian kondom berkualitas baik dalam jumlah besar dengan harga murah.

Untuk menjamin akses pada kondom, sistem pengadaan dan distribusi harus berjalan baik. Kondom dan tata cara penggunaannya harus tersedia sesuai permintaan di fasilitas-fasilitas kesehatan, pusat-pusat distribusi (area distribusi makanan dan non makanan), pusat-pusat masyarakat, toko-toko, bar, kelompok-kelompok kaum muda dan perempuan, dll. Diskusikan dengan otoritas dan mitra untuk memastikan apakah akan terus melanjutkan program penyediaan kondom gratis setelah respon bencana pertama (lihat Bab 2:PPAM). Mengenalkan beberapa bentuk pembiayaan recovery sebagian (pemasaran sosial) bisa dipertimbangkan di situasi-situasi yang sesuai dan memungkinkan. Strategi pemasaran sosial bisa dicoba dengan mitra yang sesuai (misalnya Population Services International - PSI).

Para pekerja kesehatan masyarakat dan pendidik sebaya harus dilatih dalam promosi, distribusi dan penggunaan kondom. Kampanye-kampanye promosi bisa dilancarkan di event-event umum, pertandingan sepakbola, pengerahan massa, pesta-pesta dansa, teater dan diskusi-diskusi kelompok. Jalinlah hubungan dengan kelompok-kelompok pencegahan AIDS dan kegiatan-kegiatan keluarga berencana di area tersebut.

3.3.3 Kesadaran Masyarakat tentang IMS

Pendidikan dan penjangkauan masyarakat dibutuhkan untuk mempromosikan

penggunaan layanan kesehatan lebih awal dan pengobatan IMS/ISR dan pencegahan komplikasi.

Buatlah pesan-pesan untuk mengajarkan kepada masyarakat untuk mengenali gejala-gejala serta waktu dan tempat untuk mendapatkan layanan. Sebarkan pesan tersebut melalui iklan, radio, surat kabar, sesi pengajaran di klinik-klinik, dll.

3.4 Manajemen kasus IMS /ISR

Manajemen IMS yang efektif dan cepat merupakan salah satu dari titik awal pengendalian IMS, karena bisa mencegah pengembangan komplikasi pada individu, mengurangi penyebaran IMS di dalam masyarakat dan memberi peluang untuk pendidikan pencegahan IMS pada kelompok target. Semakin cepat IMS disembuhkan, semakin kecil kemungkinan IMS ditularkan ke orang lain. Pengobatan IMS yang tepat pada kontak pertama antara pasien dan petugas kesehatan adalah merupakan pesan kesehatan masyarakat yang penting. Untuk kasus pada kaum muda (lihat bab 4: Kesehatan Reproduksi Remaja), ada potensi untuk mempengaruhi perilaku seksual di masa datang dan praktek mencari pengobatan.

Penanganan IMS tidak hanya sekedar melibatkan diagnosa dan pengobatan. Bahkan kegagalan pengobatan atau infeksi ulang dapat terjadi meskipun infeksi telah diobati dengan benar. Banyak pasien berhenti minum obat begitu mereka merasa lebih baik, gagal mengajak pasangan mereka untuk diobati, tidak menggunakan kondom atau tidak melakukan aktivitas seks selama pengobatan. Resistensi obat juga bisa menjadi pemicu kegagalan pengobatan. Karena itu, manajemen kasus yang komprehensif harus dilakukan pada kontak pertama dan termasuk:

- diagnosa
- pengobatan yang cepat dan efektif sesuai protokol

- pendidikan dan konseling pasien, termasuk penyediaan kondom
- pemberitahuan dan pengobatan pasangan
- tindak lanjut yang semestinya
- kualitas layanan.

3.4.1 Diagnosa

Mendiagnosa IMS merupakan tantangan sebab tidak tersedia perangkat sederhana yang dapat memberikan diagnosa yang benar dalam waktu singkat dan harus melalui pengujian laboratorium yang mahal. Diagnosa IMS bisa dilakukan dengan tiga cara:

Diagnosa klinis

Penyedia layanan akan menentukan penyebab dasar dari infeksi berdasarkan pada pemeriksaan klinis dan pengalaman pribadi. Pendekatan ini tidak dapat diandalkan, karena petugas kesehatan yang berpengalaman sekalipun tidak bisa membuat diagnosa yang benar berdasarkan penilaian klinis saja. Lebih jauh lagi, infeksi campuran tidak terdeteksi.

Diagnosa laboratorium

Pendekatan ini menggunakan pengujian laboratorium untuk menentukan penyebab IMS/ISR. Namun, pendekatan ini bermasalah di banyak tempat karena tidak tersedianya tes yang murah, sederhana dan dapat dipercaya. Sebagian besar tes tidak memberikan hasil segera, sehingga bisa menunda pengobatan atau tidak ada pengobatan jika pasien tidak kembali. Di samping itu, sensitifitas dan spesififikasi tes yang tersedia secara komersial sangat banyak dan hasil negatif umum terjadi. Sekalipun tersedia fasilitas laboratorium, fasilitas itu harus dilengkapi dengan staf yang sesuai dan kompeten. Ini dapat merupakan kendala dalam hal waktu dan sumber daya layanan kesehatan, menambah biaya dan mengurangi akses pada pengobatan.

Pengecualiannya adalah untuk tes laboratorium HIV (lihat Bab 10:HIV) dan tes syphilis (Rapid Plasma Reagin (RPR) atau Rapid Diagnostic Test (RDT)). Tes ini bisa dilakukan oleh staf layanan kesehatan dengan pelatihan sederhana dan memberi hasil dalam waktu singkat. Mereka bisa digunakan untuk pemeriksaan (lihat 3.5, integrasi layanan).

Pendekatan sindrom

Banyak IMS/ISR bisa diidentifikasi dan diobati berdasarkan pada tanda-tanda dan gejala-gejala karakteristik yang bisa dikelompokkan bersama ke dalam sindrom (lihat Tabel 22: Sindrom IMS).

Seringkali sulit untuk mengetahui dengan pasti organisme penyebab gejala tsb dan pengobatan harus mencakup beberapa penyebab yang mungkin untuk penyebab infeksi itu. Karena itu, pendekatan sindrom harus didasarkan pada:

- Identifikasi kelompok gejala-gejala yang konsisten dan tanda-tanda yang mudah dikenali
- Penyediaan pengobatan yang akan terkait dengan sebagian besar organisme yang bertanggungjawab menyebabkan gejala khusus.

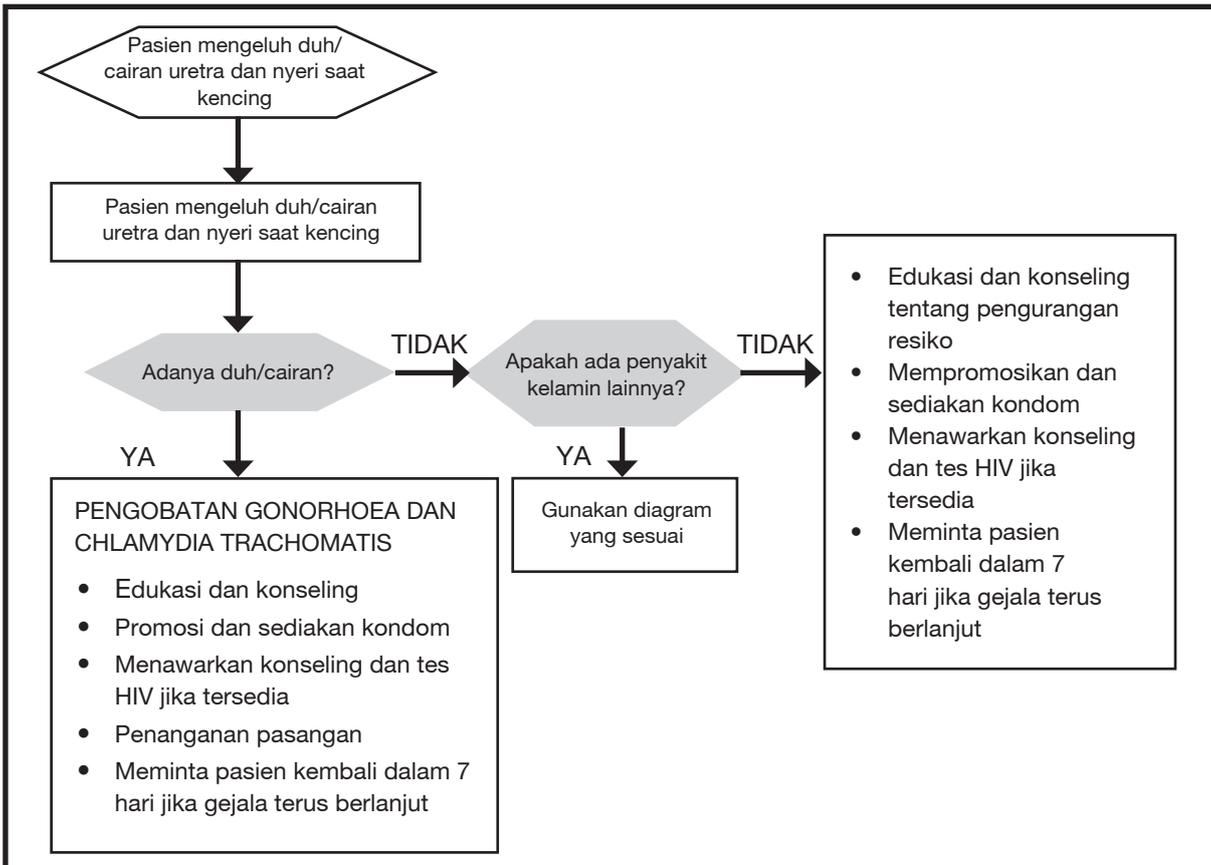
Tabel 22: Sindrom IMS	
Sindrom	IMS/ISR
Ulcus genital (pada laki-laki dan perempuan)	<ul style="list-style-type: none"> • Sifilis • Herpes • Chancroid • Granuloma inguinale • Lymphogranuloma venereum
Duh uretra (pada laki-laki)	<ul style="list-style-type: none"> • Gonorrhoea • Chlamydia
Duh vagina	<ul style="list-style-type: none"> • Bacterial vaginosis • Infeksi jamur • Trichomoniasis • Gonorrhoea • Chlamydia
Nyeri perut bawah (pada perempuan)	<ul style="list-style-type: none"> • Gonorrhoea • Chlamydia • Anaerobic infections
Bubo Inguinal (pada laki-laki dan perempuan)	<ul style="list-style-type: none"> • Chancroid • Lymphogranuloma venereum • (Granuloma inguinale atau Donovanosis yang umum)
<p>Penyebab umum IMS/ISR termasuk kutil anal-genital (ano-genital wart) dan kutu, seperti kutu dan scabies pada area pubis. Pembengkakan scrotum pada laki-laki usia di bawah 35 umumnya merupakan komplikasi IMS dan bisa diobati dengan cara yang sama seperti pengobatan duh urethra. Namun pembengkakan scrotum ini bisa juga dipicu oleh sebab lain dan dapat menjadi kasus darurat. Jika pasien melaporkan riwayat trauma baru-baru ini, atau jika testis tampak terangkat atau berputar atau anda mencurigai testis melilit (<i>testicular torsion</i>) segera perintahkan evaluasi pembedahan.</p>	

Alat bantu yang disederhanakan (diagram alur) memandu para tenaga kesehatan dalam implementasi manajemen sindrom IMS (lihat Gambar 9 sebagai contoh).

Kerugian pendekatan sindrom:

- Diagnosa dan pengobatan berlebihan bisa memperbesar biaya layanan (namun ini akan

Gambar 9: Diagram untuk duh uretra pada pria



Keuntungan pendekatan sindrom:

- Pasi n diberi pengobatan pada kontak pertama dengan sistem layanan kesehatan, sehingga akan mengurangi komplikasi pada individu dan akhirnya mengurangi penularan IMS.
- Pendekatan hemat biaya (tanpa tes laboratorium mahal).
- Pengobatan cepat akan meningkatkan kepuasan pasien.
- Memonitor layanan yang menggunakan pendekatan sindrom akan lebih mudah karena pelatihan staf, diagnosa, pengobatan dan manajemen suplai sudah standar.

diimbangi oleh efektifitas penghematan biaya secara total dari pendekatan sindrom).

- Pemberian banyak antimikroba bisa memperbesar resiko efek samping.
- Pendekatan sindrom tidak bisa digunakan untuk skrining karena infeksi tanpa gejala tidak bisa dideteksi.
- Jika pasien tidak diberi konseling dengan benar, resiko kekerasan rumah tangga bisa meningkat (lihat Kotak 35: IMS/ISR dan Stigma).

Kotak 34: Kasus duh vagina

Pendekatan sindrom bekerja dengan baik pada IMS dengan gejala duh uretra dan ulcus, namun tidak efektif untuk duh vagina. Sebagian besar duh vagina merupakan akibat dari ISR, seperti infeksi jamur dan bakterial vaginosis. Organisme ini menyebabkan infeksi vagina dan tidak ditularkan secara seksual. Sangat jarang, duh vagina sebagai akibat dari peradangan serviks (cervicitis) yang disebabkan karena gonorrhea atau chlamydia. Organisme ini ditularkan secara seksual. Algoritma duh vagina tidak didisain untuk mendeteksi infeksi serviks yang lebih serius dan kerap tanpa gejala. Saat ini, deteksi cervicitis gonococcal dan chlamydial yang akurat harus dilakukan melalui tes laboratorium yang mahal (reaksi rantai polimer – PCR/ Polymerase chain reaction), yang tidak tersedia di banyak tempat. Alat bantu penyaringan/ skrining lainnya termasuk pemeriksaan speculum (yang bisa mendeteksi banyak infeksi serviks, namun tidak seluruhnya) dan kultur/pembiakan gonorrhoea (yang akurat dan tidak mahal atau secara teknis sulit, akan tetapi harus disediakan di laboratorium yang lengkap).

Dalam situasi bencana, penyedia layanan harus melakukan pendekatan tanpa terlewat . Ini artinya mereka mencari faktor-faktor resiko dalam riwayat pasien (misalnya apakah pasangan memiliki gejala-gejala? Apakah klien seorang pekerja seks?) dan mencari tanda-tanda pada pemeriksaan (Apakah terdapat pengeluaran cairan mucopurulent? Apakah serviks mudah berdarah saat disentuh?). Skrining bisa dilakukan selama kehamilan atau setiap pemeriksaan speculum dilakukan karena alasan lain. Penyedia layanan harus menawarkan skrining rutin pada orang-orang yang sering terpapar IMS, seperti pekerja seks (lihat Tabel 23).

Tabel 23: Beberapa contoh Strategi Deteksi dan Pengobatan IMS/ISR

Metode	Contoh - tidak ada peluang yang terlewatkan
Pengambilan riwayat	Menanyakan tentang gejala-gejala IMS/ISR atau kekhawatiran di setiap kunjungan kesehatan reproduksi
Skrining/Penyaringan klinis	Pemeriksaan speculum dan bimanual untuk menemukan tanda-tanda IMS/ISR yang tidak disampaikan oleh pasien
Pemeriksaan laboratorium	Pemeriksaan serological untuk sifilis Pap smear untuk deteksi lebih awal kanker serviks Konseling dan tes HIV sukarela
Pengobatan presumtif berdasarkan kriteria resiko	Pengobatan pasangan pada pasien IMS, pekerja seks yang tidak terlindung paparan, dll. Korban/penyintas kekerasan seksual Pengobatan perempuan dengan prosedur transcervical
Strategi-strategi kombinasi	Layanan presumtif pada pekerja seks di kunjungan pertama diikuti dengan kunjungan rutin untuk pemeriksaan speculum/bimanual examination dan Gram stain pada hapusan serviks (<i>cervical smear</i>)

3.4.2 Pengobatan

Gejala-gejala dan tanda-tanda IMS/ISR diobati berdasarkan pada organisme yang mengakibatkan sindrom. Resistansi antibiotik pada beberapa patogen yang ditularkan secara seksual akan meningkat, sehingga bisa menyebabkan banyak obat antibiotik yang murah dan tersedia luas tidak efektif.

Karena itu, algoritme pengobatan harus diadaptasi dengan berdasarkan pada:

- Epidemiologi lokal (prevalensi IMS/ISR dan patogen yang memicu sindrom pada masyarakat);
- Pola sensitifitas antimikroba (misalnya, antibiotik mana yang efektif melawan *Neisseria gonorrhoeae* dan *Haemophilus ducreyi*);
- Praktek-praktek budaya dan perilaku.

Di masa-masa awal respons bencana perlu digunakan pedoman pengobatan standar WHO dengan antimikroba yang telah diketahui efektif di seluruh dunia (lihat 6: Bacaan lanjutan). Beberapa antimikroba yang direkomendasikan dari pedoman ini disertakan dalam Inter-agency RH Kit/RH kit antar lembaga 5 (lihat Bab 2: PPAM). Di banyak negara Kementerian Kesehatan telah menyusun protokol IMS nasional standar. Karena itu doronglah penggunaan protokol yang sesuai di tempat kerja anda secepat mungkin. Pedoman pengobatan standar tersebut akan memfasilitasi pelatihan staf dan perolehan suplai program-program IMS dan ini akan membantu memastikan semua pasien akan menerima pengobatan yang adekuat

Oleh sebab itu, petugas-petugas kesehatan reproduksi harus mengimplementasikan protokol-protokol IMS nasional yang tersedia. Jika tidak ada, doronglah diskusi-diskusi antara Kementerian Kesehatan dan WHO untuk mengembangkan protokol nasional atau regional yang telah diadaptasi.

3.4.3 Pendidikan dan konseling pasien

Pendidikan pasien serta konseling rahasia dan penuh perhatian merupakan komponen penting dalam manajemen IMS/ISR dan termasuk:

- Menjelaskan sifat infeksi, kemungkinan komplikasi (seperti ketidaksuburan); obat yang harus diminum dan pentingnya kepatuhan pada pengobatan
- Mempromosikan perilaku seksual yang lebih aman. Orang-orang bisa mengadopsi perilaku seksual yang aman setelah pengobatan IMS. Karena itu, setiap kunjungan klinik merupakan peluang untuk mempromosikan pencegahan lebih lanjut;
- Mempromosikan, mendemonstrasikan dan menyediakan kondom, serta menegosiasikan penggunaan kondom dengan pasangan;
- Mendiskusikan resiko infeksi HIV dan menawarkan pengujian HIV secara sukarela (VCT);
- Menginformasikan dan mengkomunikasikan dengan pasangan seks tentang pilihan-pilihan untuk penelusuran pasangan dan resiko kekerasan atau stigma (lihat Kotak 35).

Kotak 35: IMS/ISR dan Stigma

Catat bahwa tidak semua ISR ditularkan secara seksual. Karena itu, penyedia layanan harus hati-hati jangan sampai melabeli atau memberikan stigma seseorang sebagai pengidap IMS ketika hasil diagnosa menunjukkan ISR atau tidak jelas. Misalnya, duh vagina biasanya terkait dengan infeksi endogenous vaginal dan bukan suatu IMS. Mencoba memberitahukan dan merawat pasangan seksual dalam situasi ini tidak perlu dilakukan karena pasangan tidak membutuhkan pengobatan, dan memberitahunya bisa merusak hubungan mereka. Kekerasan, kehilangan kepercayaan dan perceraian bisa terjadi akibat pemberitahuan tersebut jika tidak dilakukan dengan hati-hati.

3.4.4 Penanganan pasangan

Prinsip-prinsip

Ketika menangani pasangan seksual, penyedia layanan harus sensitif dan menghormati, memastikan kerahasiaan dan menawarkan pendekatan sukarela tanpa paksaan. Seorang pasien yang berhasil diobati dari IMS akan mengalami pengurangan gejala, tapi akan muncul lagi belakangan dengan infeksi ulang jika pasangannya tidak diobati.

Pasangan seksual bisa menunjukkan gejala atau tidak dan jika dibiarkan tidak dirawat bisa menyebarkan infeksi tersebut kepada orang lain di dalam komunitas tersebut. Dalam pengendalian IMS, sangat penting untuk membantu pasien memberi tahu pasangan seksual mereka dan mengatur untuk pengobatan. Catat, bahwa pasangan yang dimaksud bukan pasangan saat itu saja akan tetapi semua pasangan dalam dua hingga tiga bulan terakhir. Manajemen pasangan termasuk pemberitahuan, rujukan dan pengobatan.

Pemberitahuan dan rujukan

Banyak pasangan seksual enggan menunggu atau membayar layanan, terutama ketika mereka tidak menunjukkan gejala atau merasa sehat. Atur pelayanan sehingga pasangan seksual mudah mengakses layanan (hindari waktu tunggu yang lama, hilangkan biaya klinik, dll.)

Pasangan bisa diberitahukan dengan beberapa cara:

1) Rujukan pasien: Pasien didorong untuk menghubungi sendiri pasangan seksual mereka. Mereka bisa diberikan slip rujukan bagi pasangan mereka. Slip rujukan ini menjelaskan pengaturan kunjungan klinik dan harus menyertakan kode untuk

menunjukkan sindrom yang didiagnosa pada pasien indeks (pasien asli yang memiliki gejala). Jika kerahasiaan terjamin, sertakan nomor catatan pasien indeks pada slip rujukan untuk membantu memonitor tingkat rujukan pasangan (lihat Gambar 10).

Gambar 10: Contoh Slip rujukan Pasangan

Harap datang ke:
Townville Clinic, New Town
Tel: 456 834
Jam buka
Senin 9:00 am – 3:00 pm
Selasa 9:00 am – 3:00 pm
Rabu 9:00 am – 3:00 pm
Jumat 9:00 am – 1:30 pm

Tanggal: hari/bulan/tahun Kode: ABCD

2) Rujukan penyedia. Penyedia layanan yang telah mendapat pelatihan teknik-teknik menelusuri kontak memberitahukan pasangan dan mengatur pengobatan yang dibutuhkan.

3) Kombinasi 1) dan 2) bisa digunakan jika pasien terlebih dahulu diminta menghubungi pasangan mereka (rujukan pasien). Jika tidak berhasil setelah satu atau dua pekan, penyedia layanan terlatih akan mencoba menelusuri kontak untuk pengobatan (rujukan penyedia).

Karena biaya rujukan penyediaan dan ancaman terhadap kerahasiaan pasien, pilihan yang lebih praktis dan bisa dijalankan adalah rujukan pasien (Pilihan 1).

Pengobatan pasangan seksual

Tujuan utamanya adalah agar pasangan dapat bertemu penyedia layanan skrining, pengobatan dan edukasi. Namun, ini tidak mungkin dilakukan dalam situasi bencana,

dan tiga strategi yang bisa diterapkan untuk memastikan pasangan mendapatkan pengobatan:

1. Pengobatan segera ketika pasangan mendatangi penyedia layanan (berdasarkan pada diagnosa pada pasien indeks, apakah pasangan memiliki gejala atau tanda-tanda infeksi atau tidak).
2. Pengobatan segera dan pengambilan spesimen untuk pengujian laboratorium

WHO merekomendasikan pengobatan segera dengan menggunakan sediaan antibiotik yang sama seperti untuk pasien indeks.

3.4.5 Layanan lanjutan

Dalam situasi bencana, kunjungan lanjutan rutin bisa membuat pasien merasa tidak nyaman dan menjadi beban bagi staf klinik. Penanganan sindrom biasanya menyediakan layanan yang efektif bagi IMS/ISR yang paling umum dan banyak pasien akan membaik dengan cepat. Pasien sebaiknya disarankan untuk kembali jika gejala semakin memburuk atau tidak membaik setelah sepekan menjalani pengobatan (dua atau tiga hari untuk penyakit peradangan panggul/pelvic inflammatory disease). Pasien penderita ulcus genital harus kembali setelah tujuh hari jika tidak membaik. Pengobatan harus diperpanjang lebih dari tujuh hari jika di atas ulcus tidak muncul lapisan kulit yang baru.

Ketika pasien tidak membaik, pertanyaan-pertanyaan berikut akan membantu penyedia layanan memutuskan apakah telah terjadi kegagalan pengobatan atau terinfeksi kembali:

Kegagalan pengobatan: Apakah pasien meminum semua obat sesuai petunjuk? Apakah pasien berhenti meminum obat setelah merasa lebih baik? Apakah pengobatan berdasarkan pedoman pengobatan nasional? (Pertimbangkan kemungkinan resistensi obat jika penyebabnya bukan semua pertanyaan di atas).

Terinfeksi kembali: Apakah pasangan menerima pengobatan? Apakah pasien menggunakan kondom atau tidak melakukan hubungan seks setelah memulai pengobatan?

Kekambuhan juga umum terjadi pada infeksi endogenous vaginal, terutama ketika alasan-alasan pemicunya tidak diatasi dalam edukasi kepada pasien (misalnya penyemprot vagina atau bahan pengering). Rujuk pasien ke tingkat yang lebih tinggi jika kasusnya sangat kompleks hingga melewati kapasitas pusat kesehatan anda.

3.4.6 Kualitas Pelayanan

Untuk menjamin kualitas program-program IMS, layanan harus tersedia, dapat diakses, terjangkau dan sesuai. Petugas-petugas dan program manajer kesehatan reproduksi bisa mencapainya dengan mengurangi hambatan layanan (misalnya waktu buka pelayanan yang sesuai; layanan yang privat/pribadi, rahasia, menghormati dan layanan teknis yang berkualitas baik, dll.) dan menjangkau orang-orang yang biasanya tidak menggunakan layanan IMS: para pekerja seks dan klien-klien mereka, militer, tahanan dan remaja yang beresiko tinggi tertular IMS. Ajak para pria untuk berpartisipasi dalam pencegahan IMS/ISR.

Kualitas pelayanan serta keterampilan dan motivasi staf akan meningkat jika petugas dan manajer program kesehatan reproduksi:

- Memasang protokol penanganan IMS standar nasional di ruang-ruang pemeriksaan;
- Memberlakukan sistem penelusuran pasangan sukarela dan rahasia;
- Mengatur pelatihan bagi penyedia layanan agar lebih ahli dalam keterampilan teknis dan konseling;
- Berkolaborasi dengan koordinator kesehatan untuk mengintegrasikan suplai obat-obatan IMS yang berkesinambungan ke dalam jalur supply komoditas medis
- Melakukan kunjungan pengawasan rutin dan pelatihan layanan.

3.5 Integrasi layanan

Petugas-petugas kesehatan reproduksi harus mengarahkan integrasi layanan IMS/ISR ke dalam pelayanan kesehatan dasar dan program-program kesehatan reproduksi lainnya, termasuk:

- Penilaian IMS dalam layanan keluarga berencana, dengan memastikan penyedia layanan:
 - ▶ mendiskusikan IMS/ISR dengan semua klien di setiap kunjungan mereka (termasuk menanyakan gejala-gejala pada pasangan);
 - ▶ melakukan screening IMS jika perlu;
 - ▶ mendorong perlindungan ganda (terhadap kehamilan dan IMS).
- Pengobatan presumtif IMS/pengobatan dalam layanan layanan pasca pemerkosaan (lihat Bab 2: PPAM)
- Program IMS/ISR pada layanan kesehatan remaja
 - ▶ Penilaian resiko IMS/ISR bagi semua client saat ante natal care, termasuk skrining syphilis dan VCT (lihat kotak 36: Tes diagnosa cepat untuk skrining syphilis)
 - ▶ Vesikel atau ulcus yang diduga herpes kelamin dan terjadi menjelang proses persalinan menjadi indikasi untuk merujuk bedah cesar, karena kelahiran melalui liang vagina membawa resiko penyebaran herpes pada bayi yang baru lahir dan beresiko tinggi kematian bayi;
 - ▶ Prophylaxis untuk ophthalmia neonatorum diberikan rutin ke semua bayi yang baru lahir.
- pencegahan aktivitas kanker serviks dalam layanan kesehatan reproduksi komprehensif (lihat Kotak 37).

Kotak 36: Tes Diagnosa Cepat untuk Pengobatan Syphilis

Di sebagian besar negara, tes rapid plasma reagen (RPR) digunakan untuk skrining syphilis. RPR adalah tes antibodi non-treponemal, yang berarti hasil positif merupakan dugaan infeksi aktif. Test akan menjadi negatif ketika penyakit telah dirawat lebih awal dan sembuh. RPR sulit digunakan di banyak situasi bencana karena membutuhkan refrigerator dan staf laboratorium terlatih.

Banyak tes diagnosa cepat (RDT/Rapi Diagnostic Test) untuk syphilis telah tersedia di pasaran dalam beberapa tahun terakhir. RDT menyediakan deteksi antibodi yang akurat dan berkualitas bagi *Treponema pallidum* dan infeksi bisa dideteksi segera setelah tertular, serta di tahap-tahap selanjutnya.

Keunggulan RDT adalah RDT tidak membutuhkan refrigerator dan memiliki masa pakai yang panjang sehingga bisa menjadi opsi yang bagus pada situasi bencana. Hasil bisa diketahui 10 sampai 30 menit dan tidak membutuhkan laboratorium atau instrumen lain. Penyedia layanan bisa menerjemahkan hasil secara visual. Volume darah yang dibutuhkan untuk pengujian sangat sedikit sehingga sampel darah bisa diambil lewat tusukan di ujung jari bukan di aliran pembuluh darah vena.

Mengingat pentingnya pengobatan dini dalam pencegahan syphilis neonatal, RDT bisa menjadi sistem yang sangat baik bagi screening rutin syphilis di layanan-layanan antenatal pada situasi bencana, ketika pengujian RPR tidak tersedia atau tidak bisa dilakukan. Kelemahan RDT adalah karena merupakan tes antibodi treponemal, RDT tidak bisa membedakan antara penyakit aktif dan telah sembuh. Namun, pada antenatal care, semua pasien yang telah positif RDT harus diobati (lagi) sekalipun tes mereka positif pada kehamilan terdahulu. Sekalipun mereka telah diobati pada kehamilan terdahulu, pasien mungkin saja terinfeksi kembali yang bisa menimbulkan akibat sangat buruk pada ibu dan bayi jika dibiarkan tanpa pengobatan. Manfaat dari layanan presumtif tersebut bisa mengimbangi resiko akibat tidak dirawat (lihat Bab 6: Kesehatan maternal dan neonatal).

RDT tidak direkomendasikan untuk pengambilan darah bagi transfusi, karena bisa menimbulkan terlalu banyak hasil positif yang keliru. Tes seperti rapid non-treponemal antibody (RPR) untuk syphilis akan tersedia dalam waktu dekat. Lihat berita terbaru di www.iawg.net.

Kotak 37: HPV dan Kanker Serviks

Human papillomavirus (HPV) merupakan infeksi yang sangat umum dan lebih dari tiga perempat perempuan yang aktif seksual diperkirakan pernah terinfeksi sedikitnya sekali dalam hidup mereka. Resiko terinfeksi HPV sangat tinggi begitu aktifitas seksual dimulai. Sebagian besar infeksi ini bisa sembuh sendiri dan tidak terlalu berbahaya, akan tetapi infeksi terus menerus bisa memicu kanker serviks pada perempuan. HPV juga menyebabkan kanker anogenital lainnya (misalnya vagina, vulva dan penis), kanker kepala dan leher dan kutil kelamin pada laki-laki dan perempuan.

Pengobatan kanker serviks

Skrining dan pengobatan di tahap-tahap awal kanker serviks (cervical dysplasia atau precancer) sangat efektif dalam mengurangi kesakitan dan kematian akibat kanker serviks. Indikasi untuk skrining tergantung pada sumber daya lokal. Jika sitologi tersedia dan telah berjalan dengan baik, semua perempuan di usia di atas 35 tahun harus diskriking setiap lima sampai sepuluh tahun. Jika layanan sitologi terbatas, seperti dalam situasi bencana, penyedia layanan harus memastikan semua perempuan diskriking sekali di kisaran usia 40. Tes sitologi Papanicolaou (Pap) smear saat ini direkomendasikan. Namun cara ini butuh banyak sumber daya karena harus ada staf yang bisa melakukan pemeriksaan speculum dan terlatih dalam teknik pengambilan sediaan, serta ketersediaan layanan sitologi untuk membaca hasil tes. Teknik-teknik terbaru seperti Pemeriksaan Visual dengan menggunakan Asam Asetat (cuka)/ Visual Inspection using Acetic Acid (VIA) atau Pemeriksaan Visual dengan menggunakan Lugol's Iodine (VILI/Visual Inspection using Lugol Iodine) baru-baru ini terbukti efektif dari sisi biaya dalam kondisi sumber daya yang terbatas. Ketika diikuti dengan cryotherapy untuk pengobatan dysplasia, baik melalui rujukan atau pengobatan segera ("pendekatan kunjungan tunggal"), pemeriksana visual terlihat aman, bisa diterima, layak, dan efektif dalam mengurangi insiden kanker serviks dan kematian akibat kanker tersebut.

Vaksinasi HPV

Dampak paling besar dari vaksin HPV terkini adalah pada anak perempuan yang menjadi kebal sebelum terpapar oleh HPV, yaitu sebelum mereka aktif secara seksual. Vaksinasi penuh terdiri dari tiga dosis dan menghasilkan respons imun yang sangat tinggi yang bertahan setidaknya hingga lima tahun. Dampak menyeluruh dari vaksin HPV akan tergantung pada pengirimannya ke populasi yang paling membutuhkan. Di negara-negara dengan sumber daya yang terbatas, dimana program skrining tidak ada atau dengan kondisi yang buruk dan insiden kanker serviks dan kematian yang tertinggi, perempuan-perempuan tsb memiliki kebutuhan yang sangat tinggi akan pencegahan primer melalui vaksin HPV. Sekarang ini biaya tinggi dari vaksin HPV menjadi hambatan penting untuk menyebarluaskan akses dan biaya dan maupun keuntungan dari vaksin tersebut harus dipertimbangkan dalam alokasi dana kesehatan secara keseluruhan.

4 Masalah Hak Asasi Manusia dan Hukum

Hak untuk mendapatkan pencegahan, pengobatan dan layanan IMS dengan aman, rahasia dan tepat dilindungi sebagai suatu hak asasi manusia dalam "hak setiap orang untuk menikmati standar tertinggi dalam kesehatan

fisik dan mental." Hak ini termasuk *hak pencegahan, layanan dan kontrol penyakit*.

Penghormatan terhadap hak-hak asasi manusia harus menginformasikan semua aspek perencanaan untuk program IMS selama respon bencana, ketika kekerasan seksual, kekacauan norma-norma dan praktek-praktek

seksual serta akses untuk memperoleh pengobatan memperburuk hambatan-hambatan yang sudah ada.

Hak untuk mendapatkan layanan terkait PMS merupakan hak asasi:

- Akses untuk memperoleh diagnosa IMS, pengobatan dan layanan merupakan komponen penghormatan terhadap hak seseorang untuk memperoleh kesehatan dan hak hidup.
 - ▶ Hak kesehatan termasuk pencegahan, pengobatan dan pengendalian epidemik, endemik, penyakit terkait pekerjaan dan penyakit lainnya dan “membutuhkan penyusunan program pencegahan dan pendidikan untuk masalah-masalah kesehatan yang terkait perilaku seperti penyakit menular seksual”.
 - ▶ Penanganan IMS pada layanan antenatal care sangat penting untuk melindungi hak-hak ibu dan bayinya.
- Hak ini juga berlaku pada anak-anak dan remaja. Penyedia layanan yang menolak akses layanan IMS berdasarkan usia, status perkawinan atau izin orang tua atau wali tanpa mempertimbangkan tingkat perkembangan anak merupakan tindakan tidak menghormati hak anak tersebut.
- Hak privasi mengharuskan pekerja kesehatan membuat pasien merasa aman dan terlindungi ketika menerima diagnosa, layanan atau konseling IMS.
- Menyediakan akses ke layanan IMS bagi seluruh penduduk, termasuk remaja, pekerja seks, dan para pelaku hubungan seks sesama pria, tanpa memandang status hukum prostitusi dan homoseksualitas di suatu negara, melindungi *hak kesetaraan dan non diskriminasi*.
- Semua orang berhak untuk *menyampaikan dan menerima informasi* tentang IMS. Hak ini juga termasuk menyertakan remaja di semua pendidikan IMS, pembangunan kesadaran dan aktivitas penjangkauan lapangan
- *Hak untuk menikmati manfaat kemajuan*

ilmiah dan aplikasinya bisa terhambat ketika klien ditolak mengakses teknologi layanan dan pencegahan IMS yang baru (seperti VIA, cryotherapy dan vaksin HPV).

4.1 Tantangan dan Peluang

Kadangkala, menyediakan akses layanan dan pengobatan IMS bisa menempatkan penyedia layanan di situasi yang tidak nyaman. Stigma, kebijakan nasional yang menghambat dan norma-norma sosial dan budaya bisa menghambat pemberian pelayanan dan hak pasien untuk mengakses layanan. Misalnya,

- Pusat-pusat kesehatan yang tidak menawarkan layanan kepada pekerja seks di negara-negara yang melarang prostitusi atau praktek-praktek diskriminasi terhadap orang-orang yang melakukan pekerjaan seks.
- Penyedia layanan tidak bersedia menilai klien karena keyakinan bahwa orang-orang yang belum menikah tidak boleh terlibat dalam hubungan seksual.
- Klien enggan mencari layanan karena kebijakan yang mewajibkan laporan IMS tertentu dan penelusuran pasangan yang tidak bersifat rahasia.

Yang wajib diingat adalah banyak hambatan dalam akses layanan dan pengobatan IMS bertentangan dengan prinsip-prinsip hak asasi manusia yang diterima secara internasional. Hati-hatilah dengan posisi lembaga anda mengenai persoalan ini dan sertakan hal ini sebagai bagian dari analisis anda mengenai situasi dan langkah berikutnya.

Manajer-manajer program dan penyedia layanan kesehatan reproduksi yang menghadapi dilema serupa harus memprioritaskan keselamatan dan kesehatan pasien mereka serta keselamatan diri mereka dan kolega mereka. Selanjutnya, mereka bisa:

- Berbicara kepada supervisor mereka;
- Mendiskusikan pilihan-pilihan dengan klien;

- Mendiskusikan pilihan-pilihan dan strategi program di dalam struktur organisasi atau klinis mereka:
 - ▷ Misalnya, jika klien menjadi gugup dan tidak nyaman ketika ditanyakan tentang IMS atau menolak membicarakan hal tersebut, evaluasi tingkat privasi yang tersedia di klinik anda. Usulkan perubahan-perubahan fisik sehingga dapat membuat pasien merasa terlindungi dan dorong diskusi.
- Gali informasi tentang hubungan dan rujukan ke organisasi-organisasi lokal yang bisa membantu klien;
- Cari tahu apakah lembaga terlibat dalam advokasi mengenai persoalan ini dan bagaimana kontribusinya;
- Dengan tetap menghormati kerahasiaan klien, identifikasi bersama kolega langkah-langkah untuk menghindari atau menangani situasi mereka nanti;
- Sampaikan persoalan-persoalan ini dalam pertemuan-pertemuan koordinasi kesehatan.

5 Monitoring

Indikator-indikator untuk memonitor program-program IMS termasuk

- Proporsi penyedia layanan yang menerima pelatihan penanganan kasus IMS/ISR sesuai dengan protokol yang berlaku.
- Proporsi klien IMS/ISR yang telah dinilai, diobati dan mendapat konseling sesuai dengan protokol (dipisahkan menurut usia dan jenis kelamin).

Untuk informasi lebih lengkap tentang monitoring dan evaluasi lihat Bab 3.

6 Bacaan Lanjutan

Bacaan penting

Integrating STI/RTI Care for Reproductive Health. Sexually Transmitted and Other Reproductive Tract Infections, a guide to

essential practice. World Health Organization (WHO), 2005. [whqlib-doc.who.int/publications/2005/9241592656.pdf](http://www.who.int/publications/2005/9241592656.pdf)

Guidelines for the management of sexually transmitted infections. WHO, 2003. <http://www.who.int/reproductive-health/publications/mngtstis/index.html>

Training modules for the syndromic management of sexually transmitted infections (edisi ke-2). WHO, 2007. <http://www.who.int/reproductive-health/publications/rtis/9789241593407/en/index.html>

Bacaan tambahan

Comprehensive cervical cancer control, A guide to essential practice. WHO, 2006 <http://www.who.int/reproductive-health/publications/cervi-calcancergep/index.htm>

Untuk informasi lebih lengkap mengenai pencegahan sifilis bawaan: www.who.int/reproductivehealth/topics/rtis/syphilis/en/



Daftar Isi

1 PENDAHULUAN	209
2 TUJUAN	210
3 PENYUSUNAN PROGRAM	210
3.1 Need assessment/penilaian kebutuhan	211
3.2. Kesadaran tentang HIV	211
3.3 Pencegahan HIV	213
3.4 Konseling dan test HIV sukarela	216
3.5 Intervensi ARV dan ART	217
3.6. Perawatan komprehensif ODHA	222
3.7 Perawatan untuk anak dengan HIV	223
4 HAK ASASI MANUSIA DAN HUKUM	223
4.1 Tantangan dan Peluang	224
5 MONITORING	225
6 BACAAN LANJUTAN	225

1 Pendahuluan

Sejak 1980-an, human immunodeficiency virus (HIV) telah menjadi salah satu penyebab utama pandemik yang mengkhawatirkan dan menjadi sebuah isu yang besar dalam sejarah. Selain menjadi masalah kesehatan yang besar, HIV telah mengancam tatanan ekonomi dan sosial di banyak komunitas.

Di masa lalu, program-program kemanusiaan sedikit memberi perhatian pada pencegahan, perawatan dan pengobatan HIV karena HIV dinilai tidak mengancam langsung kehidupan dan karena itu bukan persoalan yang mendesak. Namun, karakteristik bencana yang dapat memicu situasi darurat kompleks, seperti konflik, ketidakstabilan sosial, kemiskinan, kerusakan lingkungan dan ketidakberdayaan dapat meningkatkan kerentanan dan risiko penduduk yang terkena dampak terhadap HIV dengan cara:

- Berkurangnya akses layanan pencegahan HIV; rusaknya infrastruktur kesehatan ;
- Terganggunya jaringan dukungan sosial; meningkatnya paparan terhadap kekerasan seksual (perkosaan) dan pelecehan seksual (menukar seks dengan imbalan makanan atau tempat perlindungan);
- Perpindahan penduduk ke area dengan prevalensi HIV yang lebih tinggi.*

Penelitian menunjukkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi penyebaran HIV dalam situasi darurat kemanusiaan sangatlah kompleks dan tergantung banyak faktor yang dinamis dan saling berinteraksi, termasuk prevalensi HIV di wilayah asalnya dan tempat penampungan, tingkat interaksi antara pengungsi dan masyarakat sekitarnya, lamanya pengungsian serta lokasi dan level isolasi terhadap pengungsi (pengungsi yang tinggal di perkotaan dengan pengungsi yang tinggal di tenda pengungsian).

* UNAIDS and UNHCR. Strategies to support the HIV related needs of refugees and host populations. Geneva, 2005. http://data.unaids.org/publications/IRC-pub06/jc1157-refugees_en.pdf.

10

BAB
SEPULUH

HIV

HIV

Ketika merencanakan program HIV dalam situasi bencana, petugas kesehatan reproduksi dan manajer program harus mempertimbangkan:

- Dampak kombinasi bencana dan HIV, termasuk faktor-faktor yang dapat meningkatkan kerentanan terhadap HIV;
- Kebijakan yang ada dan praktek yang berlaku dalam respon darurat bencana yang bertujuan untuk mencegah penyebaran HIV dan mengurangi dampaknya;
- Ketersediaan dan akses kepada pencegahan, perawatan dan pengobatan layanan bagi orang hidup dengan HIV (ODHA), termasuk putus obat, memulai kembali atau kelanjutan pengobatan antiretroviral;
- stigma dan diskriminasi terhadap orang-orang yang terinfeksi dan terkena dampak HIV.

2 Tujuan

Tujuan dari bab ini adalah membantu petugas kesehatan reproduksi, manajer program dan penyedia layanan untuk merencanakan dan mengimplementasikan layanan pencegahan, perawatan dan pengobatan HIV yang komprehensif sebagai bagian dari respon kemanusiaan.

- menetapkan kerangka kerja yang memandu pelaksanaan penyusunan program kesehatan reproduksi dalam situasi darurat bencana;
- menjelaskan alasan mengapa harus menyediakan layanan kesehatan reproduksi dan menekankan prinsip-prinsip yang melandasi masuknya pelayanan kesehatan reproduksi dalam upaya-upaya bantuan;
- memandu para petugas kesehatan reproduksi, manajer program kesehatan reproduksi, dan penyedia layanan tentang

bagaimana memastikan bahwa layanan kesehatan reproduksi diselenggarakan secara efektif, efisien, dan adil.

3 Penyusunan Program

Prioritas intervensi HIV dalam respon bencana adalah pencegah penularan HIV dan termasuk di dalam PPAM (lihat Bab 2: PPAM), Yaitu:

- Memfasilitasi dan menekankan penerapan pencegahan standar
- Menyediakan pencegahan pasca paparan (post exposure prophylaxis) untuk mencegah penularan HIV (sebagai bagian dari perawatan klinis untuk korban perkosaan dan paparan kerja).
- Memastikan praktek transfusi darah yang aman.
- Menjaga ketersediaan kondom gratis.

Juga memastikan ketersediaan antiretrovirals (ARV) untuk melanjutkan pengobatan pada orang-orang yang sudah menjalani ARV sebelum bencana, termasuk pencegahan penularan dari ibu ke anak (PMTCT) (Lihat halaman 217, ART).

Ketika merencanakan layanan pencegahan, perawatan dan pengobatan HIV, ikuti komponen program berikut ini:

- Need assessment/penilaian kebutuhan
- Peningkatan kesadaran tentang HIV
- Pencegahan HIV
- Konseling dan test HIV
- Pencegahan penularan dari ibu ke anak (PMTCT)
- Penggunaan antiretroviral (ARV) untuk pencegahan dan pengobatan
- Perawatan untuk orang yang hidup dengan HIV-AIDS (ODHA)

- Perawatan untuk anak-anak yang hidup dengan HIV
- Penanganan infeksi oportunistik, infeksi menular seksual, dan TBC.

3.1 Needs Assessment (Penilaian Kebutuhan)

Petugas kesehatan reproduksi dan manajer program harus mengumpulkan dan menilai informasi berikut ini untuk situasi tempat mereka bekerja melalui kerjasama dengan aktor-aktor sektor/cluster kesehatan lainnya:

Karakteristik penduduk

- Prevalensi HIV (untuk pengungsi dan masyarakat lokal). Ini dapat diperoleh di website UNAIDS, dengan UN Joint Team setempat serta program pencegahan AIDS nasional.
- Jumlah ODHA dari populasi yang terkena dampak dimana pelayanan pengobatannya terganggu (misalnya program PMTCT dan terapi antiretroviral (ART)) dan populasi yang membutuhkan kelanjutan pengobatan ARV.
- Faktor perilaku dan lingkungan yang dapat membuat kelompok-kelompok rentan semakin beresiko tertular HIV.

Karakteristik layanan kesehatan

- Staf fasilitas kesehatan dengan pengalaman dalam pencegahan, pengobatan dan perawatan HIV serta pelatihan yang dibutuhkan oleh staf.
- Protokol nasional ARV untuk pencegahan (PEP, PMTCT) dan pengobatan (ART) serta ARV yang tersedia.
- Ketersediaan layanan laboratorium.
- Keberadaan rantai suplai yang memadai yang dapat mendukung akses berkelanjutan pada komoditas-komoditas HIV.

Undang-undang dan Kebijakan Nasional

Para manajer program dan penyedia layanan kesehatan reproduksi juga harus memahami

undang-undang dan kebijakan nasional yang terkait dengan HIV, menilai bagaimana pengungsi termasuk di dalamnya dan jika ada batasan terkait faktor gender, umur dan status lainnya, dengan contoh sebagai berikut:

- Undang-undang dan/atau kebijakan tes HIV, termasuk konseling pra dan pasca tes. Apakah ada undang-undang yang mewajibkan tes?
- Undang-undang dan/atau kebijakan yang terkait dengan distribusi kondom, pengguna narkoba suntik (*Injecting Drug User/IDU*) dan pengurangan dampak buruk dalam konteks pengguna narkoba suntik.
- Undang-undang dan/atau kebijakan yang berkaitan dengan penularan HIV.
- Undang-undang dan/atau kebijakan yang berkaitan dengan pengungkapan status HIV oleh penyedia layanan kesehatan.
- Undang-undang dan/atau kebijakan yang mengatur syarat dan akses pada ART.

Karakteristik epidemi HIV

Untuk bisa memberikan dampak pada prevalensi HIV, upaya program harus ditargetkan secara tepat. Sebagai pedoman program, WHO dan UN-AIDS telah menyusun kategori epidemi HIV di beberapa negara sebagai berikut: epidemik rendah, terkonsentrasi dan populasi umum (lihat Tabel 24).

3.2 Kesadaran tentang HIV

Menggabungkan upaya pencegahan HIV dalam situasi bencana ke dalam strategi kampanye komunikasi yang berhubungan dengan populasi dan situasi. Upaya komunikasi pada respon awal difokuskan pada pemberitahuan kepada penduduk tentang tempat-tempat pelayanan dasar yang dapat diakses. Sesegera mungkin, pertimbangkan karakteristik populasi agar sesuai dengan kebutuhan masyarakat terkait komunikasi HIV. Misalnya:

- Sampai di mana level pengetahuan penduduk tentang HIV dan kekeliruan

- pemahaman tentang HIV secara umum?
- Praktek umum apa saja yang biasa dilakukan yang dapat membuat penduduk beresiko tertular HIV?
 - Elemen-elemen apa pada situasi sekarang yang dapat menciptakan resiko penularan HIV?
 - Apakah sikap dan keyakinan umum terhadap orang yang terinfeksi HIV?
- Kampanye komunikasi yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat untuk menciptakan kesadaran tentang HIV dan acquired immune deficiency syndrome (AIDS). Selain itu, rancang kampanye komunikasi khusus untuk:
- Menargetkan pada orang yang rentan terhadap praktek-praktek yang dapat memperbesar resiko penularan HIV. Pengungsi menghadapi resiko karena

Tabel 24: Skenario Epidemik HIV

	Skenario Epidemik	Mengetahui Epidemik Anda
Level Rendah	(Prevalensi HIV < 1%: Prevalensi HIV belum mencapai level signifikan di suatu sub-populasi (ini menunjukkan jaringan resiko tersebar atau bahwa virus ditularkan belum lama ini)	Pengetahuan tentang perilaku beresiko, jaringan dan faktor-faktor lain yang menunjukkan potensi penyebaran HIV sangat penting dalam perencanaan pencegahan. reproduksi
Terkonsentrasi	Prevalensi HIV cukup tinggi (5% atau lebih) di satu atau beberapa sub-populasi, seperti homoseksual, pengguna narkoba suntik, atau pekerja seks dan klien mereka, untuk mempertahankan epidemik tersebut di sub-populasi mereka. Namun, virus tidak menyebar di populasi umum yang prevalensinya tetap <1% .	Kelanjutan tipe epidemik ini nantinya akan ditentukan oleh: <ul style="list-style-type: none"> • Besaran sub-populasi yang rentan dan • Frekuensi dan sifat interaksi di antara mereka dengan populasi umum
Populasi Umum	Prevalensi HIV adalah antara 1% dan 15% pada perempuan hamil yang mendatangi klinik-klinik antenatal. Ini menunjukkan prevalensi HIV terdapat di antara penduduk umum dengan level jaringan seksual yang cukup untuk menggerakkan epidemik. Pada populasi dengan prevalensi di atas 5%, setiap pelaku aktif seksual memiliki resiko infeksi yang tinggi dan tidak ada sub-populasi dianggap “beresiko rendah”.	Norma sosial yang mengarah pada hubungan seksual banyak pasangan dan/atau norma serta kebijakan yang menghambat orang untuk melindungi diri mereka sendiri (misalnya norma yang mengurangi akses perempuan mendapatkan akses pendidikan dan informasi) hal ini secara langsung dapat mempengaruhi dinamika epidemik dan harus diatasi

Terkecuali situasi yang terdapat di wilayah Afrika bagian selatan, dimana banyak warga –lebih dari separuhnya anak perempuan dan perempuan dewasa – hidup dengan HIV. Dalam skenario hiperendemik ini, prevalensi HIV melewati 15% pada populasi dewasa. Situasi ini membutuhkan upaya dan sumberdaya luar biasa untuk memobilisasi seluruh komunitas agar mengubah perilaku seksual mereka.

sistem perlindungan masyarakat terganggu, berubahnya jaringan seksual dan seringkali remaja memulai aktivitas seksual pertamanya lebih awal

- Mengurangi perilaku diskriminatif dan menjamin perawatan dan dukungan untuk ODHA.

Kelompok-kelompok masyarakat seperti klub kesehatan di sekolah, klub post-test (termasuk siapa saja yang telah dites HIV dengan tidak memperdulikan status serumnya) dan asosiasi Stop-AIDS di kepolisian dan militer dapat dengan efektif memotivasi agar anggota mereka mempraktekkan perilaku seks yang aman.

Asosiasi-asosiasi ODHA bisa menjadi katalis yang kuat untuk mengubah perilaku perorangan dan masyarakat luas

Untuk perubahan perilaku individu dan kelompok secara luas.

Pesan-pesan penting termasuk:

- HIV, virus penyebab AIDS, menyebar melalui: hubungan seksual yang tidak terlindungi (hubungan seksual tanpa menggunakan kondom) dengan orang yang terinfeksi HIV; transfusi dengan darah yang terinfeksi HIV; penggunaan berulang jarum dan alat suntik yang terinfeksi HIV; dan dari perempuan yang terinfeksi HIV kepada anaknya selama kehamilan, persalinan atau menyusui.
- Semua orang harus mengetahui HIV dan AIDS dan cara pencegahannya karena AIDS tidak dapat diobati, hanya dapat dicegah.
- Pengobatan yang efektif bagi HIV dan AIDS sudah tersedia, meskipun tidak dapat menyembuhkan tetapi bisa memperpanjang hidup jika terus digunakan.
- Mengidap infeksi menular seksual (IMS) (misalnya gonorrhoea atau syphilis) memperbesar resiko seseorang tertular atau mendapat HIV.
- Resiko infeksi melalui hubungan seksual dapat dikurangi dengan: menggunakan kondom dengan benar setiap saat;

mempertahankan hubungan monogami bersama dengan pasangan yang tidak terinfeksi; atau tidak melakukan hubungan seksual.

- Semua orang yang telah terpapar HIV harus berkonsultasi dengan pekerja kesehatan yang berkualifikasi untuk mendapatkan informasi tentang test dan konseling sukarela agar melindungi kesehatan mereka.
- Perempuan hamil harus mengakses konseling dan pengetestan sukarela HIV (VCT). Jika terinfeksi, mereka akan ditawarkan pengobatan yang sesuai untuk mengurangi penularan infeksi pada saat melahirkan atau menyusui bayi mereka.
- Stigma, diskriminasi, informasi yang salah dan sikap negatif terhadap ODHA meningkatkan potensi penderitaan dan penyebaran epidemi HIV. Diskriminasi terhadap ODHA merupakan pelanggaran terhadap hak asasi manusia.

Untuk informasi lebih lengkap tentang kampanye komunikasi, lihat Bab 1: Prinsip-prinsip Dasar.

3.3 Pencegahan HIV

Sangat penting bagi para petugas dan manajer program kesehatan reproduksi memahami karakteristik tempat mereka bekerja serta pengetahuan dan perilaku populasi untuk menyesuaikan program HIV dengan faktor-faktor tersebut. Dalam situasi darurat kemanusiaan, orang-orang bisa terlibat dalam perilaku yang menimbulkan resiko tinggi terpapar HIV, sekalipun mereka tidak mengenali diri mereka termasuk kelompok yang beresiko.

Bagian ini membahas tiga kelompok yang sangat rentan: pengguna narkoba suntik (IDU), lelaki yang melakukan hubungan seksual dengan lelaki/men who have sex with men (MSM), dan pekerja seks. Masing-masing kelompok ini memiliki karakteristik unik dan akan dibahas secara tersendiri, meskipun

elemen-elemen berikut ini konsisten dengan semua program yang menargetkan kelompok-kelompok rentan:

- Melibatkan kelompok rentan sejak awal disain program, implementasi dan pemantauan.
- Melokasikan kegiatan-kegiatan program di tempat-tempat yang kerap dikunjungi kelompok minat (klub, permukiman, dll.).
- Menciptakan ruang-ruang maya yang aman (sambungan telepon langsung) atau fisik (pusat-pusat singgah) yang disesuaikan dengan masing-masing kelompok agar mereka bisa dengan nyaman mencari informasi dan rujukan tentang perawatan dan dukungan.
- Mempromosikan pemakaian kondom laki-laki dan perempuan dengan konsisten dan benar dan memastikan kondom selalu tersedia, terjangkau dan supply yang dapat diandalkan
- Melatih pekerja kesehatan dan pekerja sosial untuk menyediakan layanan terkait HIV yang berkualitas tinggi, ramah terhadap klien, layanan HIV terkait bagi ODHA, pasangan dan keluarga mereka serta keluarga mereka, termasuk pengobatan infeksi menular seksual, VCT, PMTCT, keluarga berencana dan pengobatan tuberkulosis (TB) dan AIDS.
- Mengatasi hambatan-hambatan struktural, termasuk kebijakan, legislasi dan praktek-praktek adat yang mendiskriminasi kelompok dan mencegah akses serta penggunaan layanan pencegahan, pengobatan dan perawatan HIV yang sesuai

Pengguna Narkoba Suntik/Injecting Drug User (IDU)

Selain pemakaian bersama alat suntik dan alat-alat lain untuk narkoba suntik yang telah dikenal sebagai rute penularan HIV, pemakaian narkoba suntik juga ikut berkontribusi dalam penyebaran epidemi HIV di lingkungan para pengguna jarum suntik. Pasangan seksual IDU beresiko tertular melalui hubungan seksual.

Bayi yang lahir dari seorang ibu yang tertular HIV melalui pemakaian jarum suntik bersama atau melakukan hubungan seksual dengan seorang IDU juga bisa terinfeksi.

HIV bisa menyebar secara cepat dengan pemakaian bersama jarum yang telah terkontaminasi di antara para IDU (prevalensi meluas dari 5% hingga 50% dalam satu tahun). IDU juga bisa menularkan HIV dengan cara lain seperti pekerja seks dan penjara. Mengkriminalkan pengguna obat bius bisa menimbulkan marginalisasi dan membatasi akses untuk mendapatkan pelayanan. Ini semua semakin mempercepat epidemi.

Tindakan-tindakan pengurangan bahaya seperti akses untuk mendapatkan alat injeksi steril, pengobatan ketergantungan obat bius, penjangkauan berbasis komunitas dan penyediaan informasi pencegahan HIV, termasuk tindakan-tindakan paling efektif untuk mencegah penyebaran HIV. Program-program yang bertujuan mengurangi penularan HIV terkait IDU harus menyediakan peralatan suntik yang steril dengan jumlah yang mencukupi (termasuk di penjara), berkualitas baik, pengobatan tanpa paksaan bagi orang yang ketergantungan obat layanan kesehatan reproduksi dan PMTCT yang ramah bagi perempuan-perempuan IDU dan untuk pasangan seksualnya serta pelatihan penyedia layanan mengenai layanan terkait HIV bagi IDU.

Program jangkauan untuk pencegahan kesehatan masyarakat yang dipimpin kawan sebaya telah terbukti berjalan dengan baik. Pesan-pesan utama termasuk:

- Jika anda menyuntikan obat, anda sangat beresiko HIV. Mintalah bantuan dari profesional terlatih untuk mengurangi resiko. Program dan konseling pengobatan pengguna narkoba merupakan langkah pertama menuju pencegahan, perawatan dan pengobatan HIV .
- Jika anda sedang menjalani pengobatan HIV, saat “fly” akan memperbesar kemungkinan anda lupa meminum obat

anda. Mintalah bantuan teman anda untuk mengingatkan anda meminum obat-obatan HIV sesuai jadwal.

Laki-laki yang melakukan hubungan seks dengan laki-laki (MSM)

MSM merujuk pada laki-laki yang melakukan hubungan seksual dengan laki-laki lain tanpa membedakan bagaimana mereka menyebut diri mereka (gay, biseksual, atau heteroseksual). Praktek-praktek MSM ada bermacam-macam di seluruh dunia. Untuk merancang program yang sesuai bagi MSM di kalangan pengungsi, penting untuk memahami jaringan-jaringan sosial lokal dan praktek-praktek umum. Diperkirakan tidak sampai satu dari 20 pelaku MSM di seluruh dunia memiliki akses layanan pencegahan, pengobatan dan perawatan HIV. Stigmatisasi, kriminalisasi dan diskriminasi serta tidak adanya pemahaman tentang perilaku dan sikap merupakan hambatan utama dalam mengimplementasikan program-program yang efektif.

Jika sikap sosial, budaya dan agama memberi stigma pada pelaku MSM, program-program yang dibuat untuk memenuhi kebutuhan mereka bisa menimbulkan kritik dari para pemuka dan anggota masyarakat. Namun, dengan pendanaan dan dukungan, para petugas dan manajer program kesehatan reproduksi bisa merancang program yang mencegah penyebaran HIV di kalangan MSM. Misalnya:

- Mengetahui jumlah dan karakteristik komunitas MSM di masyarakat yang terkena bencana dan melibatkan mereka dalam merancang serta mengimplementasikan kegiatan yang direncanakan.
- Menawarkan informasi khusus mengenai strategi pencegahan dan pengurangan resiko dalam kampanye komunikasi, seperti pemakaian kondom dengan konsisten dan benar. Memastikan akses untuk mendapatkan kondom dan lubrikan berbahan dasar air.
- Menawarkan akses bantuan medis dan

hukum bagi remaja laki-laki serta laki-laki yang mengalami pemaksaan atau kekerasan seksual. Perawatan klinis untuk korban pemerkosaan laki-laki dan perempuan merupakan bagian dari PPAM (lihat Bab 2: PPAM).

- Mempromosikan integrasi komunitas seksual alternatif dalam kampanye-kampanye penyadaran untuk mengurangi homofobia.

Pekerja Seks

Pertukaran seks dengan uang atau barang-barang terjadi di semua komunitas, termasuk di kalangan pengungsi. Praktek ini melibatkan anak-anak dan perempuan yang menganggap diri mereka bukan pekerja seks namun melakukannya untuk bertahan hidup. Karena itu, keamanan, perlindungan dan akses makanan dan dukungan bagi orang-orang rentan, seperti yatim piatu dan perempuan sebagai kepala keluarga, sangat penting.

Melindungi pekerja seks dari infeksi HIV akan memberi keuntungan bagi mereka dan masyarakat umum. Program yang berhasil mampu menempatkan kegiatan program di tempat yang dapat dijangkau pekerja seks.

Pertimbangan-pertimbangan program adalah:

- Memastikan kondom laki-laki dan perempuan berkualitas terus tersedia. Pengurangan penularan HIV melalui pekerja seks yang efektif membutuhkan 90% penggunaan kondom yang benar di kalangan pekerja seks dan pasangan seks tidak tetap mereka.
- Mengintegrasikan strategi pengurangan kekerasan dalam situasi pekerja seks. Program harus bekerja sama dengan penegakan hukum untuk menjamin para pekerja seks mampu melindungi diri mereka sendiri dan memastikan praktek seks yang lebih aman oleh klien mereka.
- Melibatkan masyarakat dan pekerja seks dalam menerapkan kebijakan dan regulasi perlindungan anak.

- Menghubungkan pekerja seks dengan keluarga mereka dengan mekanisme dukungan, menyediakan bantuan dan insentif untuk perempuan yang bersedia meninggalkan pekerjaannya sebagai pekerja seks melalui layanan hukum, ekonomi dan sosial.
- Memperhatikan sisi “permintaan/ kebutuhan” pekerja seks – bekerja untuk mengubah perilaku klien dan pekerja seks. Staf kemanusiaan, penjaga perdamaian, polisi, dan anggota masyarakat umum merupakan klien pekerja seks dalam situasi bencana.

3.4 Konseling dan Test HIV Sukarela

Konseling dan test sukarela HIV (VCT) tidak menjadi intervensi prioritas di awal respon darurat karena bukan merupakan intervensi penyelamatan jiwa langsung. Namun, ketika situasi telah stabil, VCT harus ditawarkan kepada orang-orang yang ingin mengetahui serostatus mereka. Layanan VCT merupakan praktek standar untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan seseorang dan merupakan gerbang untuk memperoleh layanan perawatan dan pengobatan yang layak. Berikan konseling untuk menyiapkan diri klien mengetahui hasil tes mereka dan mendorong perubahan perilaku, bagaimanapun hasil tes tersebut.

Jangan pernah mendukung test HIV yang diwajibkan

Ini merupakan pelanggaran hak asasi manusia

Konseling dan Test HIV Sukarela – inisiatif dari penyedia layanan

Pada situasi epidemik populasi umum dimana situasi lingkungan yang memungkinkan, sumber daya yang mencukupi tersedia (termasuk standar pencegahan, perawatan dan pengobatan HIV yang direkomendasikan),

layanan VCT harus ditawarkan oleh petugas Kesehatan sebagai standar dari layanan klinis. Jika ada hambatan sumber daya dan kapasitas, pelaksanaan test dan konseling yang prakarsai oleh penyedia sangat dibutuhkan. Berikut ini adalah daftar prioritas untuk pelaksanaan tersebut:

1. Klinik TB
2. Layanan IMS
3. Antenatal Care, persalinan dan post natal care
4. Fasilitas medis pasien rawat inap dan berobat jalan

Dalam **epidemi terkonsentrasi dan level rendah**, penyedia layanan kesehatan *tidak boleh memulai VCT* pada setiap pasien yang mendatangi fasilitas kesehatan, karena sebagian besar pasien beresiko rendah. Fasilitas VCT harus tersedia dalam situasi yang lebih stabil, melalui layanan-layanan yang telah tersedia ataupun klinik keliling.

Beberapa perilaku yang membuat seseorang beresiko tinggi terpapar HIV seperti pekerja seks atau pengguna narkoba suntik, juga membuat mereka lebih rentan terhadap pemaksaan, diskriminasi, kekerasan, pengabaian, pengurangan atau dampak-dampak negatif lainnya setelah mengungkapkan hasil tes HIV yang positif. Para penyedia layanan kesehatan harus mendapat pelatihan dan supervisi khusus untuk menjalankan prinsip/standar informed consent dan kerahasiaan untuk kelompok ini. VCT HIV untuk kelompok ini harus disertai dengan pelaksanaan kelompok dukungan sosial, kebijakan dan legal yang mendukung.

Layanan VCT Berkualitas

Apakah pelayanan itu diprakarsai oleh klien atau penyedia layanan, komponen-komponen program berikut ini akan menentukan kualitas layanan VCT yang berkualitas :

- *Persetujuan, privasi dan kerahasiaan* sangat penting. Test HIV hanya bisa dilakukan

secara sukarela. Dapatkan selalu informed consent/persetujuan sebelum seseorang menjalani test HIV. VCT tidak boleh dipaksakan pada seseorang pada situasi apapun.

- Menyediakan layanan secara gratis.
- Memastikan pra dan pasca konseling merupakan bagian dari keseluruhan layanan VCT.
- Layanan pendukung pasca test harus tersedia, termasuk jaringan rujukan dan akses terhadap test tambahan (seperti penghitungan CD4) untuk menilai kelayakan pasien mendapatkan program perawatan dan pengobatan.
- VCT hanya boleh dilakukan di fasilitas yang dilengkapi standar tes yang layak. Ikuti proses algoritma testing HIV yang sudah divalidasi secara nasional, saat mempertimbangkan issue hak asasi manusia spesifik untuk memasuki program perawatan dan pengobatan. Gunakan teknologi test yang sesuai untuk situasi tsb, seperti tes cepat dengan spesimen darah dari tusuk jari. Hasil tes dengan tes HIV cepat dapat diperoleh dalam waktu tidak sampai 20 menit dan biasanya memiliki tingkat keberhasilan lanjutan dan konseling pasca tes yang lebih tinggi. Ini akan mendukung desentralisasi VCT. Pertimbangkan kondisi penyimpanan lokal dan jika perlu pesan tes cepat/rapid test yang tidak membutuhkan pendinginan.

3.5 Intervensi ARV dan ART

Sangat penting untuk penyediaan program obat-obatan antiretroviral (ARV) dan terapi antiretroviral (ART) dasar. Pemberian layanan terkait HIV pada masyarakat dalam situasi bencana merupakan upaya yang sulit namun sangat penting, mengingat ini tercantum dalam undang-undang hak asasi internasional. Seperti halnya dengan semua program dan kebijakan dan program HIV dan AIDS, ART harus dikaitkan dengan program pencegahan, perawatan dan dukungan. ART tidak boleh

dilaksanakan sebagai intervensi paralel, akan tetapi harus sebagai bagian dari program terintegrasi dengan layanan-layanan lain (seperti layanan kesehatan, nutrisi, edukasi, sosial serta air dan sanitasi).

Jika ART tersedia, sangat penting bahwa konseling harus mencakup efek samping dan manfaat ART serta pentingnya mematuhi jadwal pengobatan.

Intervensi penting yang menggunakan ARV adalah:

- Post exposure prophylaxis (PEP)
- Pencegahan penularan dari ibu ke anak (PMTCT)
- ART

PEP

Para manajer program kesehatan reproduksi harus memastikan pemberian PEP dapat dilakukan dengan segera (dalam waktu 72 jam) untuk mengurangi kemungkinan tertular HIV dimasukkan ke dalam protokol bagi dua situasi berikut ini:

- Layanan untuk korban perkosaan: untuk mencegah dan menangani dampak pemerkosaan terhadap kesehatan korban/penyintas harus memiliki akses mendapatkan perawatan klinis, termasuk konseling pendukung. Perawatan ini mencakup penyediaan PEP.
- Paparan kerja: meskipun tindakan pencegahan standar telah diberlakukan dan dipatuhi dalam kondisi pelayanan kesehatan, kecelakaan kerja dengan paparan darah dan cairan tubuh yang berpotensi terinfeksi HIV sangat mungkin terjadi. Misalnya melalui cedera akibat jarum suntik. Pastikan PEP tersedia dalam situasi ini sebagai bagian standar tindakan pencegahan komprehensif yang bisa mengurangi kemungkinan paparan tersebut.

Perawatan PEP yang direkomendasikan adalah terapi kombinasi 28 hari dengan dua

nucleoside-analogue reverse-transcriptase inhibitor (NRTI), biasanya zidovudine dan lamivudine. Untuk informasi lebih lengkap mengenai PEP, lihat Bab 2: PPAM, hal. 21.

WHO mempromosikan pendekatan strategis komprehensif untuk pencegahan infeksi HIV pada bayi dan anak-anak, yang terdiri dari:

- Pencegahan infeksi HIV utama (lihat Bab 9: Infeksi Menular Seksual, bagian 3.3, pencegahan IMS);
- Pencegahan kehamilan tidak diinginkan pada perempuan dengan HIV (lihat Bab 5: Keluarga Berencana, bagian 3.11, KB untuk orang dengan HIV);
- Pencegahan penularan HIV dari ibu dengan HIV ke bayi mereka;
- Perawatan, pengobatan dan dukungan untuk ibu dengan HIV, anak dan keluarga mereka.

Dalam program-program kesehatan reproduksi komprehensif, keempat komponen harus diimplementasikan untuk mencapai seluruh tujuan peningkatan kesehatan ibu dan anak (KIA) dalam konteks HIV.

PMTCT

Bab ini harus dibaca bersama dengan Bab 6: Kesehatan Maternal dan Neonatal.

Tanpa prophylaxis, kemungkinan bayi yang dilahirkan oleh ibu yang positif HIV menjadi terinfeksi adalah antara 20% sampai 45% di antara ibu yang menyusui. Pemberian obat antiretroviral dosis tunggal akan mengurangi angka ini sekitar dua pertiga, sementara penggunaan sediaan kompleks terapi triple-ARV dan/atau operasi bedah sesar yang direncanakan (elective caesarean section) dan tidak menyusui bayinya dapat mengurangi kemungkinan hingga kurang dari 2%.

Jika seorang perempuan yang diketahui hidup

dengan HIV mendatangi perawatan antenatal, persalinan atau nifas, manfaatkan peluang tersebut untuk mencegah penularan HIV pada bayinya. Untuk implementasi program penularan ibu ke anak, hal-hal berikut harus tersedia:

- Layanan antenatal care
- Perawatan kesehatan ibu dan anak, termasuk perawatan persalinan yang aman
- Tes dan konseling HIV yang diprakarsai penyedia layanan, dengan menggunakan pendekatan opt-out (option-out), yakni individu harus secara khusus membatalkan tes HIV setelah menerima informasi pra-tes jika mereka tidak ingin mengikuti tes tersebut
- Konseling tentang pemberian makan bayi
- Ketersediaan ARV dan protokol PMTCT (lihat Tabel 25).

Pemberian makan bayi*

Resiko bayi tertular HIV melalui menyusui harus dibandingkan dengan resiko kematian yang lebih tinggi oleh sebab-sebab lain seperti kekurangan gizi, diare, dan pneumonia pada bayi yang disusui. Bukti-bukti penularan HIV menunjukkan pemberian ASI eksklusif sampai enam bulan dapat menurunkan resiko penularan HIV tiga sampai empat kali dibandingkan dengan pemberian ASI tidak eksklusif.

Para petugas kesehatan reproduksi harus membahas di dalam sektor/kluster kesehatan dan dengan otoritas kesehatan nasional tentang promosi praktek tunggal menyusui bayi di dalam komunitas sebagai perawatan standar. Perempuan yang positif HIV harus diberikan konseling dan didukung untuk:

- Menyusui dan menerima pelayanan ARV
- atau**
- Jika pemberian makan pengganti **diterima**

* Bagian ini dikutip dari: *Infant feeding in the context of HIV. Key Messages*, WHO 2009. www.who.int/hiv/pub/paediatric/advice/en/.

(acceptable), layak (feasible), terjangkau (affordable), berkesinambungan (sustainable) dan aman (safe), hindari menyusui supaya bayi punya peluang untuk terbebas dari HIV.

Pemberian ARV pada perempuan dengan HIV yang hamil dan menyusui dan bayi yang menyusu sangat dianjurkan dan sektor/kluster kesehatan harus berjuang keras untuk memperkenalkan ARV (lihat oral antiretroviral prophylaxis di bawah ini). Namun ketiadaan ARV tidak mengubah rekomendasi mengenai menyusui:

- Pemberian ASI eksklusif pada enam bulan pertama sejak kelahiran direkomendasikan bagi ibu yang terinfeksi HIV (dengan bayi yang tidak terinfeksi HIV atau tidak diketahui status HIV-nya) kecuali terdapat makanan pengganti yang dapat diterima, layak, terjangkau, berkesinambungan dan aman. Pada usia enam bulan, perkenalkan bayi dengan makanan pelengkap yang sesuai dan lanjutkan menyusui hingga usia 12 bulan. Semua proses menyusui harus dihentikan jika makanan yang aman dan cukup gizi tanpa ASI telah tersedia.
- Jika bayi dan anak-anak ternyata sudah terinfeksi HIV, ibu sangat dianjurkan untuk memberikan ASI eksklusif pada enam bulan pertama dan melanjutkan menyusui sesuai dengan praktek yang berlaku di masyarakat yaitu hingga bayi berusia dua tahun atau lebih.
- Layanan kesehatan harus dilanjutkan pada semua bayi yang terpapar HIV, tanpa memandang pemberian makan yang dipilih, termasuk dengan terus memberikan konseling dan dukungan pemberian makan bayi, terutama sekali ketika keputusan pemberian makan bisa dipertimbangkan kembali, seperti ketika diagnosa awal bayi dan pada usia enam bulan.

Untuk informasi lebih lengkap tentang menyusui lihat Bab 6: Kesehatan maternal dan neonatal

Oral antiretroviral profilaksis

Ibu yang terinfeksi HIV harus diberikan ART selama masa hidupnya atau antiretroviral (ARV) profilaksis selama masa kehamilan dan menyusui.

Sediaan ARV profilaksis harus dimulai sejak usia kandungan 14 minggu atau secepatnya ketika mengalami keterlambatan kehamilan, menjelang bersalin, atau pada persalinan.

- Ibu minimal harus menerima dosis tunggal Neviraprine (Sd-NVP) 200 mg di permulaan persalinan dan bayi harus menerima Sd-NVP 2 mg per kg bobot tubuh secara oral secepatnya, akan tetapi tidak sampai lewat 72 jam sejak dilahirkan. Metode ini dinilai bukan sediaan pencegahan yang optimal, sekalipun begitu kesederhanaannya membuat metode ini sangat cocok dalam situasi bencana. Program-program yang menggunakan Sd-NVP merupakan tindakan sementara jangka pendek dan sejumlah tindakan harus dilakukan agar sediaan yang lebih efektif bisa dikirimkan secepatnya.
- Jika seorang perempuan mendatangi perawatan antenatal dan dia tidak membutuhkan ART untuk kesehatannya sendiri atau jika obat-obatan triple ARV tidak tersedia, ARV prophylaxis harus tersedia di 14 minggu kehamilan atau sesegera mungkin setelahnya, dan berlanjut setelah persalinan dan menyusui dan setelah melahirkan bayi.

Tabel 25 menyediakan pilihan ARV profilaksis yang direkomendasikan untuk perempuan terinfeksi HIV yang tidak membutuhkan pengobatan bagi kesehatannya sendiri.

Tindak lanjut anak yang lahir dari ibu dengan HIV: mula-mula untuk profilaksis pascapersalinan dan kemudian menilai status HIV dan menawarkan antiretroviral terapi jika diperlukan.

Melibatkan pasangan dalam program-program PMTCT. Ini merupakan kunci untuk

Tabel 25: Pilihan-pilihan ARV Profilaksis yang Direkomendasikan untuk Perempuan Hamil namun tidak Membutuhkan Perawatan bagi Kesehatan Mereka Sendiri *	
Opsi A: Maternal AZT	Opsi B: Maternal triple ARV prophylaxis
Ibu	Ibu
<ul style="list-style-type: none"> • Antepartum harian AZT (kandungan >14 minggu) • sd-NVP di awal persalinan* • AZT + 3TC selama persalinan dan kelahiran bayi* • AZT + 3TC selama 7 hari pasca melahirkan* <p>*sd-NVP dan AZT+3TC saat-melahirkan dan pasca melahirkan bisa dihilangkan jika ibu menerima AZT lebih dari 4 minggu selama kehamilan .</p>	<p>Obat-obatan triple ARV mulai dari kehamilan > 14 pekan sampai satu minggu setelah menyusui benar-benar dihentikan. pengobatan yang direkomendasikan termasuk:</p> <ul style="list-style-type: none"> • AZT + 3TC + LPV/r • AZT + 3TC + ABC • AZT + 3TC + EFV • TDF + (3TC or FTC) + EFV
Bayi	Bayi
<p>Bayi Disusui NVP harian sejak lahir sampai satu minggu setelah semua paparan pada ASI berakhir</p> <p>Bayi Tidak Disusui AZT atau NVP harian sejak lahir sampai 6 minggu</p>	<p>Bayi Disusui NVP harian sejak lahir sampai enam minggu</p> <p>Bayi Tidak Disusui AZT atau NVP harian sejak lahir sampai 6 minggu</p>
<p><i>AZT: Azidothymidine, zidovudine; 3T: Lamivudine; Sd-NVP: Single-dose nevirapine; LPV/r: Lopina-vir/ritonavir; ABC: Abacavir, EFV: Efavirenz.</i></p> <p><i>Semua pengobatan diberikan melalui mulut. Formula paediatric tersedia untuk AZT, 3TC dan NVP.</i></p> <p><i>* Dari Rapid advice: gunakan obat-obatan antiretroviral untuk merawat perempuan hamil dan mencegah infeksi HIV pada bayi. WHO. 2009. www.who.int/hiv/pub/mtct/advice/en/index.html</i></p>	

mendapatkan dukungan dari anggota keluarga.

Jika memungkinkan, pastikan ibu dengan HIV memiliki akses ke ART (lihat di bawah ini). Jika seorang perempuan hamil memenuhi kriteria ini,^{FN} mulailah ART secepatnya. Jika terapi antiretroviral tidak bisa dimulai ketika seorang ibu telah terkena AIDS, Sd-NVP TIDAK boleh diberikan kepada ibu tersebut untuk menjalani PMTCT. Tujuannya adalah mencegah virus mengalami resistensi terhadap NVP.

Jika suplai obat-obatan ARV tidak cukup untuk memulai terapi antiretroviral bagi ibu, profilaksis untuk bayi masih bisa ditawarkan.

ART

Sejak awal respon darurat kemanusiaan, pastikan obat-obatan ARV terus diberikan pada orang-orang yang sudah terdaftar dalam program ART sebelum terjadinya bencana. Bagi pasien yang sedang menjalani pengobatan ART atau sudah mendapat ART namun tidak lagi memiliki akses pengobatan,

^{FN} Mulailah pemberian ART kepada semua perempuan hamil yang positif HIV disertai penyakit klinis yang parah dan serius (WHO tahap klinis 3 atau 4), atau dengan CD4 di atau di bawah 350 cells/mm³, berapapun usia kandungan

kelanjutan ART menjadi prioritas untuk memastikan pengobatan tersebut efektif dan mencegah berkembangnya resistensi virus. Berikut ini direkomendasikan:

- Tes HIV— atau dokumen — untuk memastikan status HIV dan kartu pasien yang menunjukkan pengobatan ART sedang/sudah diikuti.
- Jika seseorang sedang menjalani ART, lanjutkan pengobatan tanpa berhenti. Jika berhenti, analisa alasannya dan mulai kembali pengobatan secepatnya.
- Jika obat-obatan ARV yang sama dengan pengobatan pertama yang sudah diikuti tidak tersedia dan jika tidak ada riwayat kegagalan pengobatan atau efek samping yang serius pada ARV alternatif yang diusulkan, ganti pengobatan pertama segera berdasarkan pada protokol nasional.
- Pasien yang sudah meminum protease inhibitors yang tidak tersedia di dalam situasi bencana bisa diresepkan pengobatan lini pertama sampai pengobatan lini kedua tersedia. Namun orang-orang yang menjalani protease inhibitor karena reaksi buruk dari pengobatan lini pertama harus terus dipantau jika mereka memulai kembali pengobatan lini pertama. Jika keracunan terjadi kembali dan pengobatan lini kedua tidak tersedia, ART tidak boleh dilanjutkan. Lanjutkan pencegahan infeksi oportunistik (lihat 3.6).
- Berikan konseling dan dukungan dalam menghadapi kondisi yang baru.

Ketika pengungsi dan pengungsi yang kembali sedang menjalani pengobatan ARV dan dikembalikan ke daerah asal mereka, pastikan mereka bisa melanjutkan pengobatan ARV tanpa henti. Koordinasikan dengan otoritas-otoritas kesehatan di daerah asal mereka.

Rencanakan tes dan konseling HIV komprehensif dan program-program ART secepatnya. Sebelum memulai layanan ART, pertimbangkan pertanyaan-pertanyaan berikut ini:

- Berapa banyak penyediaan ARV minimal yang dapat disediakan?
- Untuk berapa lama dana tersedia? Dana yang tersedia minimal harus satu tahun.
- Dapatkah populasi yang terdampak didaftarkan dalam program-program ART nasional?
- Apakah hambatan-hambatan yang mungkin dalam pengadaan dan manajemen obat?
- Bagaimana mobilitas populasi? Bagaimana situasi keamanan dan kemungkinan terjadi pengungsian yang bisa menghentikan pengobatan?
- Seberapa besar kapasitas laboratorium (di pusat kesehatan dan/atau tingkat rujukan)?

Memulai paket minimal layanan ART membutuhkan persiapan. Pastikan hal-hal berikut ini telah tersedia:

- Kebijakan, prosedur operasi standar dan protokol pengobatan standar. Jika ada, protokol nasional harus diikuti. Jika protokol nasional tidak tersedia, pedoman WHO harus diikuti.
- Pekerja komunitas dan klinis yang terlatih serta memiliki kompetensi dalam protokol pengobatan, konseling pasien dan mobilisasi masyarakat
- Suplai pengobatan awal enam bulan, termasuk pengobatan ARV, co-trimoxazole, TB dan pengobatan untuk infeksi oportunistik dan infeksi lainnya (lihat 3.6); dan sistem pengadaan untuk memastikan suplai obat-obatan yang dibutuhkan tidak terganggu.
- Suplai diagnostik dan kapasitas laboratorium, termasuk setidaknya diagnosa HIV, determinasi haemoglobin atau haematocrit, hitungan sel CD4, diagnosa tuberkulosis (TB), malaria dan pengetesan sipilis.
- Sistem monitoring pasien (termasuk kartu pengobatan pasien untuk pemberian ART sehingga pasien dapat melanjutkan perawatan di fasilitas kesehatan lain) serta rujukan dan jaringan komunikasi.

- Paket informasi untuk konseling, pendidikan dan mobilisasi masyarakat.

3.6 Perawatan ODHA yang komprehensif

Perawatan ODHA yang komprehensif merupakan komponen pelayanan kesehatan dasar yang harus tersedia di situasi darurat bencana manapun. Ini sangat penting dalam situasi dengan epidemik umum. Elemen-elemen perawatan komprehensif termasuk:

- Dukungan bagi ODHA
- Informasi dan edukasi pasien
- Pengobatan TB dan profilaksis bagi infeksi oportunistik
- Keluarga berencana
- Perawatan berbasis rumah/komunitas
- Perawatan paliatif

Dukungan bagi ODHA

Susun program-yang menjaga kerahasiaan untuk memberikan dukungan psikososial bagi ODHA. Termasuk di antaranya konseling dan dukungan, kelompok-kelompok pendukung atau teman-teman ODHA dan keluarga yang telah mengetahui status HIV pasien.

Pastikan ODHA tidak mendapat diskriminasi dalam akses konseling nutrisi dan suplemen makanan yang dibutuhkan melalui program bantuan makanan. Mendaftarkan semua orang yang memenuhi syarat tanpa mengungkapkan alasan menyertakan mereka pada daftar pemberian makanan tambahan akan membantu menghindari diskriminasi.

Dalam situasi bencana, ODHA harus mendapat kepastian suplai air minum yang aman dan mencukupi karena mereka lebih rentan terinfeksi dan lebih lama pulih dari sakit akibat penyakit yang ditularkan melalui air. Karena alasan yang sama, ODHA harus disediakan kelambu untuk mengurangi resiko terkena malaria di area-area endemi.

Informasi dan pendidikan pasien

Lembaran informasi standar bagi pasien harus dibuat, dengan mempertimbangkan hal-hal berikut:

- Situasi khusus, termasuk informasi sesuai usia, bahasa, literasi (kemampuan baca tulis) dan level pendidikan.
- Informasi mengenai hidup dengan HIV, serta tindakan-tindakan pencegahan.

Pengobatan TB dan profilaksis untuk infeksi oportunistik

Di banyak belahan dunia, TB merupakan penyebab utama kesakitan dan kematian terkait HIV. Kolaborasi dengan program-program pengendalian TB untuk memastikan ODHA mendapat akses pengobatan TB. Isoniazid merupakan antibiotik yang efektif, murah dan dapat ditoleransi untuk terapi pencegahan TB dan harus disediakan bagi semua orang yang positif HIV jika penyakit TB aktif telah disingkirkan.

Untuk mencegah ODHA terinfeksi oportunistik, cotrimoxazole bisa menjadi antibiotik yang efektif, murah dan dapat ditoleransi untuk digunakan mencegah pneumocystis pneumonia (PCP) dan toxoplasmosis pada anak-anak dan orang dewasa dengan HIV. Antibiotik ini juga efektif untuk mengobati penyakit infeksi dan parasit lainnya dan telah terbukti sangat bermanfaat di wilayah-wilayah yang terjangkit malaria. Lebih jauh lagi, semua anak yang terpapar HIV dan lahir dari ibu dengan HIV harus menerima cotrimoxazole profilaksis. Pemberian ini dimulai sejak usia empat sampai enam minggu dan terus berlanjut sampai infeksi HIV bisa dihilangkan. Ikuti selalu pedoman nasional.

Sejak awal respon darurat, pastikan kelanjutan profilaksis dan rujuk pasien secepatnya ke layanan yang menyediakan profilaksis

Keluarga Berencana

ODHA harus memiliki akses ke metode dan konseling keluarga berencana. Tawarkan konseling berkualitas mengenai berbagai isu-isu seperti metode kontrasepsi ketika hidup dengan HIV, perlindungan ganda dengan kondom dan metode lain, kontrasepsi darurat, penghentian kehamilan dan ketersediaan dukungan kehamilan. Untuk informasi lebih lengkap lihat Bab 5: Keluarga Berencana.

Perawatan berbasis Komunitas/Rumah

Sistem perawatan berbasis komunitas atau rumah harus dibentuk untuk rujukan bagi orang-orang dengan infeksi HIV lanjutan ketika telah keluar dari rumah sakit. Penyediaan perawatan seperti ini yang terbaik dilakukan segera setelah situasi darurat mulai stabil. Dukungan klinis dan sosial untuk ODHA harus dilakukan secara bersama-sama

Perawatan Paliatif

Perawatan paliatif harus mencakup penanganan gejala-gejala akut dan kronis serta perawatan terminal. Elemen-elemen penting adalah mengendalikan nyeri, perawatan terminal, perawatan, dukungan bagi perawatan berbasis komunitas /rumah yang diberikan, informasi dan pendidikan.

3.7 Perawatan untuk anak dengan HIV

Tindakan ini direkomendasikan untuk merawat anak dengan HIV:

- Melakukan perawatan anak dengan mengikuti panduan nasional.
- Menggunakan pedoman WHO untuk diagnosa HIV klinis jika fasilitas diagnosa dan monitoring tidak tersedia.
- Ketika memesan formula sirup, bersiaplah untuk menyediakan ruang penyimpanan berpendingin yang sesuai dan rantai dingin yang berfungsi karena formula itu datang dalam jumlah besar.

- Dalam situasi dimana diagnosa HIV pada bayi yang dilahirkan oleh ibu yang positif HIV mungkin tertunda karena kurangnya kapasitas laboratorium, berikan anak ini cotrimoxazole pada usia sekitar empat sampai enam minggu atau pada kontak pertama dengan layanan kesehatan.
- Dimana pemantauan reaksi rantai polimer (PCR) tidak tersedia, dan pada anak di bawah usia 18 bulan yang didiagnosa secara klinis, konsultasikan dengan orang tuanya untuk mengupayakan tes konfirmasi setelah usia 18 bulan dengan menggunakan tes antibodi konvensional.
- Bayi yang sendirian dan anak-anak yang kehilangan orang tua membutuhkan perhatian khusus dan harus melalui proses legal khusus atau pengaturan perwalian/ perawat yang telah disepakati.
- Kepentingan terbaik bagi anak-anak harus menjadi penggerak semua keputusan.

4 Pertimbangan Hak Asasi dan Hukum

Memastikan hak asasi manusia dihormati dan dilindungi sangat penting untuk mengurangi paparan terhadap HIV serta dampak buruknya pada individu dan komunitas. Undang-undang hak asasi internasional memuat sejumlah poin yang memiliki keterkaitan langsung dengan orang-orang dengan HIV atau terdampak oleh HIV. Ketentuan hak-hak mempromosikan intervensi HIV sangat penting dalam program darurat bencana karena pada kondisi ini kekerasan seksual, dan berkurangnya akses untuk mendapatkan layanan pencegahan, perawatan dan pengobatan HIV akan memperbesar resiko penularan HIV. Persoalan-persoalan hak yang penting adalah:

- **Hak mengakses perawatan kesehatan HIV dan AIDS:** Hak untuk mencapai standar kesehatan mental dan fisik tertinggi termasuk hak untuk mendapatkan fasilitas kesehatan, bahan-bahan dan layanan yang berkualitas, tersedia dan diterima. Akses ke program-program HIV paling tidak harus

setara dengan akses yang tersedia bagi masyarakat setempat di sekitarnya. Lebih jauh lagi, hak terhadap kesehatan hanya bisa diwujudkan melalui kerjasama dengan hak terhadap makanan, air, perumahan dan kebebasan dari diskriminasi dan kekerasan, di antara hak-hak lainnya

- **Hak mengakses informasi dan edukasi HIV:** Hak kesehatan termasuk hak untuk memperoleh informasi kesehatan penting dan edukasi tentang HIV serta kesehatan seksual dan reproduksi.
- **Hak bebas dari diskriminasi:** Semua orang menikmati hak bebas dari diskriminasi berbasis gender, seksualitas dan status HIV dan dijamin aksesnya untuk memperoleh layanan pencegahan, pengobatan dan perawatan HIV.
- **Hak intervensi kesehatan sukarela:** Semua orang harus memiliki hak untuk informed consent dan bebas dari tes HIV wajib. Hak integritas fisik menjamin semua orang memiliki cara untuk membuat keputusan secara sukarela dan informed decision (keputusan berdasarkan informasi) tentang perawatan kesehatan mereka, termasuk mempelajari status HIV mereka, serta hak untuk memberikan izin informasi dan bebas dari test HIV wajib.
- **Hak privasi dan kerahasiaan dalam pelayanan berkaitan dengan HIV:** Jaminan privasi dan kerahasiaan informasi kesehatan sangat penting untuk memastikan semua orang, termasuk perempuan tanpa memandang status mereka bisa memperoleh layanan kesehatan tanpa rasa takut status HIV mereka terungkap.

Banyak negara mengakui pentingnya kesetaraan gender, serta pemberdayaan dan partisipasi perempuan dan remaja putri di semua aspek pencegahan dan respon HIV.* Terutama sekali, perlindungan khusus gender harus dipenuhi dengan semestinya dan kebutuhan kesehatan perempuan dan remaja putri harus mendapat perhatian khusus, termasuk dengan memastikan akses layanan dan perawatan kesehatan reproduksi serta

konseling dan pengobatan yang sesuai di semua kasus kekerasan seksual dan berbasis gender.

Anak-anak berhak mendapat perlindungan khusus menurut undang-undang, sesuai yang ditekankan oleh Komisi PBB untuk hak-hak Anak. Konvensi tentang hak-hak Anak secara khusus harus memandu respon di semua kasus yang melibatkan anak, termasuk: tidak diskriminatif; kepentingan terbaik anak; hak hidup; bertahan hidup dan pembangunan; dan partisipasi anak.

4.1 Tantangan dan Peluang

Petugas, manajer program dan penyedia layanan kesehatan reproduksi harus mengetahui undang-undang, kebijakan dan pedoman nasional mengenai pencegahan, pengobatan dan perawatan HIV di negara tersebut. Di banyak contoh, hak asasi telah dikompromikan oleh undang-undang atau kebijakan nasional atau bahkan kekeliruan konsepsi sosial dan budaya. Diskusikan dilema yang bisa dihadapi bersama tim dan supervisor dan putuskan tipe keterlibatan organisasi anda. Langkah penting segera yang bisa dilakukan penyedia kesehatan adalah memastikan mereka menginformasikan pasien secara langsung tentang kemungkinan konsekuensi negatif undang-undang tersebut. Eksplorasi lebih jauh lagi, kemungkinan-kemungkinan rujukan bagi klien ke badan atau organisasi lain yang bisa memberikan dukungan dan asistensi legal. Organisasi bisa memutuskan untuk mengadvokasi persoalan tersebut dan mendukung upaya-upaya advokasi bersama.

Deklarasi komitmen tentang HIV/AIDS (Resolusi Majelis Umum A/RES/S-26/2 dari 2 Agustus 2001). Paragraf 14,37,58-62

* Deklarasi komitmen tentang HIV/AIDS (Resolusi Majelis Umum A/RES/S-26/2 dari 2 Agustus 2001). Paragraf 14,37,58-62

5 Monitoring

Indikator-indikator berikut ini bisa digunakan untuk memonitor program-program HIV secara menyeluruh:

- Kualitas skrining darah donor. Proporsi unit darah donor yang diskriking untuk HIV dengan cara yang dijamin kualitasnya.
- Tingkat penggunaan kondom: proporsi orang aktif secara seksual yang melapor menggunakan kondom dalam hubungan seksual terakhir.
- Konseling pasca VCT dan hasil: proporsi klien VCT yang dites HIV, dan telah menerima hasil pascates dan konseling.
- Cakupan PMTCT: Proporsi kunjungan ANC pertama klien yang telah diberikan konseling sebelum tes .
- Cakupan ARV dalam program-program PMTCT: Rasio pasangan ibu-bayi yang meminum ARV tepat waktu .

Untuk informasi lebih lengkap tentang monitoring dan evaluasi lihat Bab 3.

Engender Health. *HIV Prevention in Maternal Health Services; Programming Guide*. United Nations Population Fund, 2004. <http://www.engenderhealth.org/pubs/hiv-aids-sti/hiv-prevention-in-maternal-health.php>

Clinical Guidelines for antiretroviral therapy management for displaced populations. Southern Africa. Southern African HIV Clinicians Society/ UNHCR, 2007. <http://www.unhcr.org/4683b0522.html>

UNHCR and Infant Feeding in Emergencies. Guidance on infant feeding and HIV in emergencies for refugees and displaced populations. UNHCR, Jenewa, 2008. <http://www.enonline.net/ife>

Guidelines for addressing HIV in Humanitarian Settings, Interagency Standing Committee. 2009. http://www.aidsandemergencies.org/cms/documents/IASC_HIV_Guidelines_2009_En.pdf

6 Bacaan Lanjutan

Bacaan penting

Priority interventions: HIV/AIDS prevention, treatment and care in the health sector. World Health Organization (WHO), Jenewa, 2008. http://www.who.int/pmnch/topics/hiv_aids/priorityinterventions/en/

Rapid advice documents: Antiretroviral therapy for adults and adolescents; use of antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants, Infant feeding in the context of HIV. www.who.int/hiv/pub/mtct/ad-vice/en/index.html

Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: towards universal access: recommendations for a public health approach. WHO, Jenewa, 2006. <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/pmtctguidelines3.pdf>

Fase akut	Fase dalam suatu situasi darurat ketika angka kematian tinggi dan prioritas respon bencana terkait dengan bertahan hidup.
Remaja	Orang yang berusia 10-19.
Populasi terdampak	Populasi yang memprihatinkan, termasuk namun tidak terbatas pada masyarakat setempat, pengungsi internal, dan pengungsi eksternal.
Asosiasi kesehatan	Profesi pelayanan kesehatan klinis yang bukan obat-obatan, kedokteran gigi dan keperawatan.
Amenorrhea	Tidak berdarah sedikitpun pada saat mestinya terjadi pendarahan.
Proses proposal Terkonsolidasi / Consolidated Appeal Process(CAP)	Suatu alat bantu yang digunakan oleh organisasi-organisasi kemanusiaan untuk merencanakan, mengoordinasikan, mendanai, mengimplementasikan dan memonitor kegiatan mereka. Sebagai suatu mekanisme koordinasi, CAP mendorong kerjasama lebih erat antara pemerintah setempat, donor, badan-badan kemanusiaan, dan khususnya antara LSM, gerakan Palang Merah, IOM dan badan-badan PBB. Bekerja sama di wilayah-wilayah krisis di dunia, mereka menyusun Rencana Aksi Kemanusiaan Bersama (CHAP/ Common Humanitarian Action Plan).
Rencana Aksi Kemanusiaan Bersama/Common Humanitarian Action Plan (CHAP)	<p>Suatu rencana strategis untuk respon kemanusiaan di suatu wilayah atau negara tertentu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suatu analisis umum tentang konteks dimana terjadinya bencana; • Suatu penilaian kebutuhan; • Skenario terbaik, terburuk dan paling mungkin; • Identifikasi peran dan tanggung jawab, misalnya siapa melakukan apa dan di mana; • Pernyataan jelas tentang tujuan dan sasaran jangka panjang; • Suatu kerangka untuk memonitor strategi dan merevisinya jika perlu. <p>CHAP merupakan fondasi untuk menyusun proposal Terkonsolidasi (<i>Consolidated Appeal</i>), dan merupakan bagian dari Proses Proposal Terkoordinasi (<i>Coordinated Appeals Process/CAP</i>).</p>
Dana Respon Darurat Terpusat/Central Emergency Response Fund (CERF)	Suatu alat pendanaan multilateral yang dibuat oleh PBB , dana yang tersedia aksi kemanusiaan. CERF besarnya mencapai US \$500 juta, termasuk fasilitas hibah hingga US \$450 dan fasilitas pinjaman hingga US \$50 juta. Komponen hibah CERF memiliki dua jendela; satu untuk respon cepat dan satu untuk kondisi darurat yang kekurangan dana. CERF didanai oleh kontribusi-kontribusi sukarela dari anggota-anggota PBB, perusahaan swasta, yayasan dan individu, dan dikelola oleh Emergency Relief Coordinator (ERC), kepala Kantor Koordinasi Urusan Kemanusiaan (<i>Office for the Coordination of Humanitarian Affairs/OCHA</i>).

a1

Lampiran 1

Glosarium

Distribusi berbasis masyarakat	Penyediaan metode kontrasepsi oleh anggota-anggota masyarakat terlatih. Para pekerja membawa layanan keluarga berencana kepada wanita dan keluarga, dengan menjangkau mereka yang tidak dapat mengakses fasilitas-fasilitas kesehatan.
Staf Kesehatan Masyarakat	Orang biasa atau relawan yang bekerja dalam bidang kesehatan namun bukan seorang klinisi.
Metode kontrasepsi	Termasuk metode klinis dan supply (modern) dan metode non-supply (tradisional). Metode klinis dan supply termasuk sterilisasi pria dan wanita, Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR/IUD), metode hormonal (pil minum, implant pelepas hormon dan injeksi, skin patch dan cincin vagina), kondom dan metode penghalang vagina (diafragma, cervical cap dan spermicidal foam, jelli, krim, dan sepon). Metode-metode tradisional termasuk ritme, penarikan, tidak melakukan hubungan seksual dan lactational amenorrhoea. Sterilisasi pembedahan biasanya baru dianggap sebagai kontrasepsi jika operasi dilakukan setidaknya sebagian untuk menghindari lebih banyak anak (sterilisasi juga dilakukan hanya untuk alasan kesehatan).
Prevalensi Kontrasepsi (CP)	Proporsi wanita usia reproduktif/subur yang menggunakan (atau yang pasangannya menggunakan) metode kontrasepsi di suatu periode yang ditentukan.
Pelindung ganda	Perlindungan terhadap kehamilan tidak diinginkan dan IMS, termasuk HIV.
Konseling keluarga berencana	Diskusi dengan klien yang mendatangi fasilitas kesehatan karena suatu alasan, keuntungan mengatur jarak atau membatasi kehamilan, metode yang tersedia untuk melakukannya dan menyediakan bantuan untuk memilih dan menggunakan dengan benar metode kontrasepsi yang sesuai.
Sunat perempuan	Prosedur yang melibatkan pembuangan alat kelamin eksternal wanita sebagian atau seluruhnya atau pencederaan alat kelamin wanita untuk alasan-alasan yang tidak terkait dengan medis.
Focal point	Orang yang bertanggung jawab untuk kesehatan reproduksi.
Kekerasan berbasis gender	Kekerasan berbasis gender merupakan istilah payung untuk suatu tindakan berbahaya yang dilakukan pada seseorang di luar keinginan orang tersebut dan dilandaskan pada perbedaan sosial yang berlaku (gender) antara pria dan wanita.
Cluster kesehatan	Global Health Cluster, di bawah kepemimpinan Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), terdiri dari lebih 30 organisasi kesehatan kemanusiaan internasional. Cluster diaktifkan selama keadaan darurat, dengan penunjukkan seorang koordinator kesehatan reproduksi dan/ atau petugas kesehatan reproduksi oleh badan pemimpin cluster Kesehatan di negara tersebut, biasanya WHO.

Sektor kesehatan	Bagian dari ilmu ekonomi yang terkait dengan persoalan-persoalan kesehatan di dalam suatu masyarakat.
Krisis kemanusiaan	Suatu peristiwa atau rangkaian peristiwa yang menghadirkan ancaman membahayakan terhadap kesehatan, keselamatan, keamanan atau kesejahteraan suatu komunitas atau kelompok besar orang lainnya, biasanya di suatu area yang luas. Konflik bersenjata, epidemi, kelaparan, bencana alam dan situasi darurat besar lainnya bisa melibatkan atau menimbulkan krisis kemanusiaan .
Kondisi/situasi Darurat kemanusiaan	Suatu situasi yang membuat mekanisme penanganan normal tidak berfungsi untuk menghadapi agen penekan dari luar.
Infertilitas	Ketidakmampuan suatu pasangan untuk menghasilkan anak.
Informed Consent/ persetujuan berdasarkan informasi	Suatu kondisi legal saat seseorang dinyatakan telah memberikan izin berdasarkan apresiasi dan pemahaman yang jelas terhadap fakta-fakta, implikasi dan konsekuensi yang bakal terjadi pada suatu tindakan. Untuk memberikan informed consent, individu terkait harus memiliki alasan yang rasional dan mengetahui semua fakta relevan pada saat izin diberikan. Kelemahan dalam membuat pertimbangan dan keputusan sehingga membuat seseorang tidak mampu untuk memberikan Informed Consent termasuk di antaranya keterbelakangan mental yang parah, keracunan, kekurangan tidur parah, penyakit Alzheimer atau dalam kondisi koma
Pengungsi internal/ IDP	Orang atau kelompok orang yang dipaksa atau harus melarikan diri atau meninggalkan rumah atau habitat mereka, sebagai akibat atau untuk menghindari dampak dari konflik bersenjata, situasi kekerasan umum, kekerasan terhadap kemanusiaan, bencana alam atau buatan manusia, namun belum melewati batas negara yang diakui secara internasional. Dari: Deng, Francis. "The guiding principles on internal displacement". E/ CN.4/1998/53/ Add.I, 11 February, 1998. New York, NY: PBB.
Penyedia level menengah	Tenaga kesehatan bukan dokter – bidan, praktisi perawat, petugas kesehatan, asisten dokter, dan lain-lain – yang pelatihan dan tanggungjawabnya berlainan antar negara akan tetapi terlatih untuk memberikan prosedur klinis dan dasar yang terkait dengan kesehatan reproduksi. Prosedur ini termasuk pemeriksaan bimanual pelvic untuk memverifikasi adanya kehamilan dan mengetahui posisi rahim; USG rahim; prosedur transservikal; dan pelaksanaan aborsi di masa-masa awal kehamilan. [Definisi ini disepakati oleh para peserta WHO Technical Consultation pada bulan September 2000.]
Siklus menstruasi	Rangkaian perubahan berulang pada ovarium dan endometrium yang termasuk ovulasi dan pendarahan bulanan. Sebagian besar wanita memiliki siklus yang masing-masing berakhir antara 24 dan 35 hari.

Pemimpin opini	Para informan kunci, yang bisa termasuk para tokoh masyarakat, kepala suku, dll.
Perawatan pascaaborsi	Perawatan pascaaborsi (Post Abortion Care/PAC) merupakan strategi global untuk mengurangi kematian dan penderitaan akibat komplikasi aborsi spontan dan tidak aman.
Nifas	Enam minggu pertama pasca melahirkan
Progestogen (Progestin)	Suatu kelompok besar obat-obatan sintetis yang memiliki efek sama dengan progesterone. Beberapa digunakan dalam kontrasepsi hormonal.
Manajer program	Pekerja di level lapangan yang bertanggung jawab atas penyusunan program kesehatan reproduksi suatu lembaga
Staf program	Siapa saja dalam suatu lembaga yang terlibat dalam penyusunan program klinis atau non klinis, manajemen, keuangan serta monitoring dan evaluasi klinis dan non-klinis.
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-upaya untuk memperksa seseorang yang tidak sampai terjadinya penetrasi dianggap sebagai upaya pemerksaan.
Pengungsi eksternal/refugee	Seseorang yang melarikan diri menuju suatu negara atau kekuatan asing untuk menghindari bahaya atau penyiksaan karena alasan ras, agama, kewarganegaraan, keanggotaan pada suatu kelompok sosial atau opini politik tertentu, berada di luar negaranya, dan tidak bisa, atau karena sangat takut, tidak bersedia menyerahkan dirinya ke dalam perlindungan negara tersebut. 1951 Convention Relating to the Status of Refugees.
Kesehatan reproduksi	Kesehatan reproduksi adalah keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial yang lengkap, bukan semata-mata terbebas dari penyakit dan kecacatan, dalam segala hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi dan terhadap fungsi dan prosesnya.
Lembaga koordinator kesehatan reproduksi	Lembaga yang diidentifikasi oleh cluster atau sektor kesehatan sebagai organisasi yang memiliki kapasitas paling besar untuk menyediakan dukungan operasional dan teknis pada mitra/partner kesehatan untuk memastikan kesehatan reproduksi mendapat prioritas.
Infeksi saluran reproduksi (ISR)	Infeksi saluran reproduksi adalah istilah luas yang mencakup infeksi menular seksual serta infeksi-infeksi saluran reproduksi lainnya yang bukan ditularkan melalui hubungan seksual.

Penyedia layanan	Suatu lembaga atau orang yang menyediakan layanan, termasuk perawatan klinis dan konseling.
Seks, hubungan seksual	Aktifitas seksual dengan penis dimasukkan ke dalam suatu rongga tubuh: <ul style="list-style-type: none"> • Hubungan anal yang melalui anus • Hubungan oral yang melalui mulut • Hubungan vaginal yang melalui vagina
Infeksi menular seksual (IMS)	Salah satu kelompok infeksi bakteri dan virus serta parasit yang ditularkan melalui aktifitas seksual.
Spotting	Pengeluaran darah dari vagina di luar jadwal pendarahan yang biasa.
Dukun bayi (Traditional Birth Attendant/TBA)	Penyedia layanan berbasis masyarakat selama kehamilan dan kelahiran bayi. Dukun bayi tidak terlatih dalam keahlian yang dibutuhkan untuk menangani atau merujuk komplikasi kebidanan
Pendarahan Vagina	Suatu pengeluaran darah dari vagina (merah muda, merah atau coklat) yang menuntut pemakaian proteksi saniter (pembalut, kain, atau tampon). Pola pendarahan vagina berlainan termasuk: <ul style="list-style-type: none"> • Breakthrough bleeding: Suatu pendarahan di luar perkiraan jadwal pendarahan (misalnya bukan pendarahan bulanan) yang mengharuskan pemakaian pembalut. • Pendarahan berat (menorrhagia): Pendarahan yang besarnya dua kali dari pendarahan menstruasi biasa. • Pendarahan jarang: Kurang dari dua episode pendarahan dalam waktu tiga bulan. • Pendarahan tidak teratur: Spotting dan/atau breakthrough bleeding yang terjadi di luar perkiraan jadwal pendarahan (misalnya di luar waktu pendarahan bulanan). • Pendarahan menstruasi yang rata-rata berlangsung selama tiga sampai tujuh hari sekitar setiap 28 hari. • Pendarahan berkepanjangan: pendarahan yang berlangsung lebih dari delapan hari.
Pemuda	Orang dengan usia di antara 10-24.

ARV	: Anti Retro Viral (s)
ART	: Anti Retroviral Therapy/terapi anti retroviral
AVE	: Aspirasi Vakum Elektrik
AVM	: Aspirasi Vakum Manual
CHAP	: Common Humanitarian Action Plan (CHAP)
CAP	: Consolidated Appeals Process
CERF	: Central Emergency Response Fund
CoC	: Code of Conduct/pedoman perilaku
DBM	: Distributor Berbasis Masyarakat
DHS	: Demographic Health Survey/Survey Demografi Kesehatan
DTT	: Desinfeksi Tingkat Tinggi
EmOC	: Emergency Obstetric Care/Layanan kegawatdaruratan kebidanan
FGM	: Female Genital Mutilation/Mutilasi Genital Perempuan
GBV	: Gender Based Violence/Kekerasan berbasis gender
HIV/AIDS	: Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome
HPV	: Human Papilloma Virus
HRB	: Humanitarian Response Branch
IAWG	: Inter Agency Working Group/Kelompok kerja antar lembaga
IASC	: Inter Agency Standing Committee
ICPD	: International Conference on Population and Development/Konferensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan
IFRC	: International Federation of the Red Cross/Federasi Palang Merah Internasional
IUI	: Inseminasi Intra Uterin
IMS	: Infeksi Menular Seksual
IMT	: Indeks Masa Tubuh
ISR	: Infeksi Saluran Reproduksi
IUD	: Intra Uterine Device/Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
KHA	: Konvensi Hak Anak/CRC: convention on the right of the child
LMP	: Late Menstrual Period/Periode Menstruasi terakhir
LSM	: Lembaga Swadaya Masyarakat
IEHK	: Inter agency Emergency Health kit/kit emergency antar lembaga
KAP	: Knowledge Attitude Practice/Pengetahuan Sikap dan Praktek
KIE	: Komunikasi Informasi dan Edukasi
ODHA	: Orang hidup Dengan HIV AIDS
PBB	: Perserikatan Bangsa Bangsa
PEP	: Post Exposure Prophylaxis
PID	: Pelvic Inflammatory Disease
PMTCT	: Prevention of Mother to child transmission
PONED	: Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergency Dasar
PONEK	: Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergency Komprehensif
PPAM	: Paket Pelayanan Awal Minimum
PSB	: Procurement Service Branch
PSI	: Population Service International
PTSD	: Post Trauma Stress Disorder
RDT	: Rapid Diagnose Test

a2

Lampiran 2

Akronim dan Singkatan

SEA	: Sexual Exploitation and Abuse/Kekerasan dan penyalahgunaan seksual
SIK	: Sistem Informasi Kesehatan
SOP	: Standard Operasional Prosedur
TIG	: Tetanus Imuno Globulin
TT	: Tetanus Toxoid
TTI	: Transfusion-Transmissible Infection/infeksi yang ditularkan melalui transfusi
UNAIDS	: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
UNDAF	: United Nations Development Assistance Framework
UNHCR	: Office of the United Nations High Commissioner for Refugee
UNICEF	: United Nations Children's Fund
UNFPA	: United Nations Population Fund
USG	: Ultra Sono Grafi
VCT	: Voluntary Counseling and Testing
WHO	: World Health Organization

Contoh pedoman perilaku

Sesuai dengan misi dan praktek [ORGANISASI] dan prinsip-prinsip undang-undang dan pedoman perilaku internasional, semua staf [ORGANISASI], termasuk staf penuh atau paruh waktu reguler, nasional dan internasional, dokter rumah sakit, kontraktor dan relawan, bertanggung jawab untuk mempromosikan penghormatan hak-hak asasi manusia dasar, keadilan sosial, martabat manusia dan menghormati kesetaraan hak pria, wanita dan anak-anak. Dengan tetap menghormati martabat dan harga diri individu, pekerja [ORGANISASI] akan memperlakukan semua orang secara setara tanpa membedakan ras, gender, agama, warna kulit, kewarganegaraan atau etnik asli, bahasa, status perkawinan, orientasi seksual, usia, status sosial ekonomi, kecacatan, pilihan politik atau fitur-fitur pembeda lainnya.

Pekerja [ORGANISASI] mengakui bahwa standar perilaku internasional tertentu harus diterapkan dan standar tersebut didahulukan atas praktek budaya lokal dan nasional. Dengan tetap menghormati dan mematuhi kerangka perilaku yang lebih luas ini, [ORGANISASI] secara khusus mengharuskan pekerja [ORGANISASI] mematuhi pedoman perilaku berikut ini.

Komitmen terhadap pedoman perilaku [ORGANISASI] :

- (1) Pekerja [ORGANISASI] akan selalu memperlakukan semua orang dengan hormat dan ramah sesuai dengan konvensi dan standar perilaku internasional dan nasional yang berlaku.
- (2) Pekerja [ORGANISASI] tidak akan melakukan tindakan yang bisa menimbulkan gangguan fisik, seksual, atau psikologis pada penerima layanan.
- (3) Pekerja [ORGANISASI] tidak akan memaafkan atau berpartisipasi dalam aktifitas korupsi atau aktifitas ilegal.
- (4) [ORGANISASI] dan pekerja [ORGANISASI] mengakui dinamika kekuasaan tidak setara yang melekat dan mengakibatkan potensi eksploitasi dalam tugas bantuan kemanusiaan, dan mengakui bahwa eksploitasi tersebut akan melemahkan kredibilitas bantuan kemanusiaan dan sangat menghancurkan korban-korban tindakan eksploitasi ini berikut keluarga dan komunitas mereka. Karena itu, pekerja [ORGANISASI] dilarang terlibat dalam hubungan seksual dengan penerima layanan.* Aktifitas seksual dengan anak-anak (orang usia di bawah 18 tahun) sangat dilarang.
- (5) Seorang pekerja [ORGANISASI] tidak boleh menyalahgunakan kekuasaan atau posisinya dalam pemberian bantuan kemanusiaan, dengan tidak menahan bantuan atau juga tidak memberikan perawatan pilih kasih, termasuk permintaan akan tindakan atau kenikmatan seksual.
- (6) Seluruh pekerja [ORGANISASI] diharapkan menerapkan standar etika integritas, akuntabilitas dan transparansi yang tertinggi dalam pemberian barang-barang dan layanan saat melaksanakan tanggungjawab posisi mereka.
- (7) Seorang pekerja [ORGANISASI] bertanggung jawab melaporkan kasus dugaan kekeliruan perilaku terhadap penerima bantuan yang diketahui atau dicurigainya kepada manajemen senior (yang ditunjukkan dalam jalur pelaporan) secepatnya. Kerahasiaan tinggi harus dijaga untuk melindungi semua individu yang terlibat.

a3

Lampiran 3

**Contoh
pedoman
perilaku**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan telah membaca dan memahami pedoman perilaku. Saya bersedia melaksanakan tugas-tugas saya sebagai seorang pekerja Program kekerasan berbasis gender sesuai dengan pedoman perilaku. Saya paham bahwa jika tidak mematuhi pedoman perilaku, saya siap menerima sanksi disiplin.

Nama karyawan, jabatan dan tanda tangan, tanggal

Nama manajer dan tanda tangan, tanggal

Diadaptasi dari: Gender-based Violence Tools Manual for Assessment and Programme Design, Monitoring and Evaluation. RHRC Consortium, 2004



天新

家新

人新