



Evaluasi Pelayanan Kesehatan Reproduksi Bagi Pengungsi Rawan Bencana Erupsi Merapi

Siti Nurunyah¹

¹Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Alma Ata Yogyakarta
Jalan Ringroad Barat Daya No 1 Tamantirto, Kasihan, Bantul Yogyakarta

Abstrak

Kondisi di pengungsian menyebabkan beberapa masalah kesehatan reproduksi seperti kekerasan dan pelecehan seksual, hubungan seksual yang tidak aman, masalah distribusi kontrasepsi, koordinasi lintas program dan lintas sektoral yang belum optimal, penanggung jawab dan struktur organisasi yang belum jelas serta belum semua tenaga kesehatan pemberi pelayanan kesehatan terlatih. Untuk mengatasi masalah-masalah tersebut dan memberikan pelayanan kesehatan reproduksi yang ideal bagi pengungsi dibutuhkan strategi untuk mencapainya. Strategi tersebut dirumuskan dari hasil analisa SWOT input, proses dan output Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman.

Kata Kunci : Manajemen Bencana, Kesehatan Reproduksi, Pengungsi

Evaluation of Health Reproduction for Refugee in Merapi Eruption Area

Abstract

Condition refuge causes several issues on health reproduction such as violence and sexual abuse, unsafe sexual intercourse, contraceptive distribution problems, coordination across programs and across sectors are unoptimal, and the person in charge of the organizational structure are not clear and not all health workers health providers trained. To overcome these problems and provide ideal reproductive health services for refugees needed strategies to achieve them. The strategy formulated from the results of the SWOT analysis of input, process and output Sleman District Health Office.

Keywords : Disaster Management, Reproductive Health, Refugee

Info Artikel:

Artikel dikirim pada 10 Januari 2014

Artikel diterima pada 10 Januari 2014

Pendahuluan

Konflik bersenjata maupun bencana alam memiliki dampak negatif amat besar terhadap kesehatan reproduksi wanita, pria dan remaja. Pengungsian, kemiskinan, kehilangan mata pencaharian dan kehilangan tempat tinggal akan mempengaruhi kesehatan mereka termasuk kesehatan reproduksi, sehingga diperlukan penanganan khusus untuk memenuhi kebutuhan mereka terhadap pelayanan kesehatan reproduksi¹.

Women Commission for Refugee women and children tahun 2006 menyatakan beberapa masalah kesehatan reproduksi yang mungkin muncul dalam

kondisi darurat adalah meningkatnya risiko kekerasan seksual, meningkatnya penularan IMS/HIV di area dengan kepadatan populasi tinggi, meningkatnya risiko yang berhubungan dengan kehamilan tidak diinginkan akibat berkurangnya layanan Keluarga Berencana, meningkatnya kekurangan gizi dan epidemi risiko komplikasi kehamilan, kelahiran terjadi selama perpindahan populasi, meningkatnya risiko kematian ibu karena kurangnya akses terhadap layanan gawat darurat kebidanan komprehensif².

Paradigma penyelesaian masalah bencana bergeser dari pengelolaan tanggap bencana (Disaster Response) menjadi pengurangan risiko bencana

(Disaster Risk Reduction) karena banyaknya kerugian yang diakibatkan oleh bencana. Pergeseran ini terjadi baik di tingkat internasional maupun di Indonesia³.

Gunung Merapi adalah salah satu gunung berapi teraktif di Indonesia yang memiliki siklus erupsi 4 tahunan. Pada erupsi Merapi pada 26 Oktober 2010 di wilayah Yogyakarta ada empat kecamatan yang secara langsung mengalami dampak erupsi Merapi yaitu wilayah Kecamatan Cangkringan, Turi, Pakem dan Ngemplak dengan kondisi terparah adalah di Kecamatan Cangkringan. Jumlah pengungsi di Kabupaten Sleman mencapai 56.000 jiwa. Pengungsi tinggal di pengungsian stadion Maguwoharjo selama kurang lebih 6 bulan kemudian pindah ke shelter atau huntera (hunian sementara) di desa Argomulyo, desa Wukirsari, desa Umbulharjo dan desa Kepuharjo Cangkringan sampai 18 bulan dan baru pada bulan Januari 2013 huntera mulai direhab menjadi hunta (hunian tetap)⁴.

Kondisi dalam pengungsian belum cukup optimal untuk memenuhi kebutuhan reproduksi, tempat pengungsian tidak cukup melindungi perempuan dari kejadian kekerasan dan kondisi bilik mesra yang sangat minimal. Di Pengungsian stadion maguwoharjo kondisi bilik mesra yang berjumlah 2 bilik digunakan untuk melayani hampir 1000 PUS membuat keengganan pasangan untuk menggunakan, sistem pembuangan sampah medis seperti pembalut wanita yang belum teratur dengan baik, menyebabkan rawan terjadi penularan infeksi, kamar mandi belum terpisah antara laki-laki dan perempuan dapat menyebabkan rawan pelecehan seksual, sehingga diperlukan strategi untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan reproduksi yang dapat memenuhi kebutuhan masyarakat sesuai dengan sumber daya yang dimiliki.

Berdasarkan hasil wawancara dengan beberapa masyarakat penghuni shelter Argomulyo terdapat masyarakat yang menjalin hubungan tidak dengan pasangannya ada yang mengalami kekerasan seksual namun menolak diungkap, karena takut malu, dan ada yang mengalami kehamilan tidak diinginkan karena tidak sempat melakukan KB.

Hasil wawancara dengan salah satu lembaga swadaya masyarakat yang menangani masalah pemberdayaan perempuan, menjelaskan bahwa ada lebih dari satu perempuan yang berkonsultasi yang pernah mengalami pelecehan seksual di kamar mandi pengungsian, ada pasangan yang terpaksa berhubungan seksual di tempat terbuka dan ada yang terpaksa berhubungan seksual di pengungsian (bukan di bilik mesra) pada malam hari saat diharapkan semua orang sudah tidur. Beliau menyatakan berdasarkan pengalaman ketika menjadi

relawan kondisi di pengungsian kurang dikendalikan oleh pemerintah apalagi pada aspek kesehatan reproduksi, perhatian semua relawan terfokus pada logistik.

Walaupun pengungsian erupsi merapi merupakan kejadian yang berulang dalam kurun waktu 4-7 tahun dan secara teori sudah ada referensi pengelola program kesehatan reproduksi pada pengungsi namun belum operasional untuk dilaksanakan, belum terbentuk pengorganisasian yang jelas sebagai penanggung jawab, data belum terkoordinir dengan baik dan belum ada evaluasi terhadap pelayanan yang diberikan, kontribusi relawan dan masyarakat tidak terkoordinir dan tumpang tindih, kondisi bilik mesra yang kurang memadai, kamar mandi yang tidak terpisah antara laki-laki dan perempuan karena belum adanya kebijakan yang mengatur hal tersebut. Semua hal tersebut memerlukan adanya strategi untuk memberikan pelayanan kesehatan reproduksi pada pengungsi.

Bahan dan Metode

Penelitian ini merupakan penelitian observasional dengan pendekatan kualitatif, data penelitian dikumpulkan dengan cara analisa dokumen dan wawancara mendalam untuk mendapatkan data input, proses dan output pelayanan kesehatan reproduksi bagi pengungsi. Analisa data dilakukan dengan analisa model interaktif Miles dan Huberman⁵.

Metode sampling yang digunakan adalah purposive sampling, informan utama berjumlah 11 orang yaitu 1 Bidan Pengelola Program Kesehatan Reproduksi, 1 Kepala seksi kesehatan khusus, 1 Kepala bidang pengungsian dan logistik BPBD Kab Sleman, 1 Kepala bagian KB Badan KB, PP dan PM, 1 petugas PMI, 1 tokoh masyarakat, 3 orang pengungsi, 1 aktivis LSM Kesehatan Reproduksi, 1 Bidan pelaksana pelayanan dengan 1 informan triangulasi yaitu kepala seksi kesehatan keluarga.

Variabel dalam penelitian ini adalah input pelayanan kesehatan reproduksi bagi pengungsi meliputi kebijakan, sumber daya manusia, anggaran, struktur organisasi dan sarana prasarana. Proses dalam pemberian pelayanan kesehatan reproduksi bagi pengungsi meliputi perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan pemantauan. Output pelayanan kesehatan reproduksi bagi pengungsi berupa cakupan jumlah kasus pelecehan seksual yang tertangani, cakupan supply untuk pencegahan infeksi, cakupan pencegahan penularan IMS dan HIV/AIDS, cakupan pelayanan KB, cakupan perawatan kehamilan, persalinan dan nifas yang

aman, dan cakupan ketersediaan fasilitas untuk kehidupan seks yang aman⁶.

Input Pelayanan Kesehatan Reproduksi Bagi Pengungsi

Berdasarkan hasil analisa dokumen dan wawancara mendalam mengenai landasan kebijakan pelayanan kesehatan reproduksi bagi pengungsi diketahui bahwa landasan kebijakan adalah UU no 24 tahun 2007 tentang penanggulangan bencana dan Perbup No.31 tahun 2010 tentang keadaan tanggap darurat, operasionalisasi kebijakan berupa SK, SOP atau protap belum ada.

Anggaran berasal dari dana APBN dan APBD, dana tersedia setelah terjadi bencana. Setiap unit dapat mengajukan anggaran untuk kegiatan mitigasi dengan menggunakan anggaran unit yang diajukan setiap awal tahun.

Struktur organisasi pemberi pelayanan kesehatan reproduksi bagi pengungsi belum terbentuk secara khusus, penanggung jawab pelayanan kesehatan reproduksi bagi pengungsi adalah bidan pengelola program kesehatan reproduksi melekat pada Tupoksi. Sumber Daya Manusia (SDM) belum tersedia khusus untuk pelayanan kesehatan reproduksi bagi pengungsi, SDM kesehatan mengurus semua masalah kesehatan di pengungsian. Jumlah SDM kesehatan 192 dibagi dalam 3 shift untuk melayani 71.792 pengungsi, sehingga rasio petugas kesehatan dibanding pengungsi adalah 1:1122. Menurut standar SPHERE rasio petugas kesehatan reproduksi dibanding pengungsi adalah 1: 500-1000 pengungsi⁶.

Sarana Prasarana pelayanan kesehatan reproduksi seperti buku referensi pengelola program hanya ada 1 di dinas kesehatan dan belum disosialisasikan ke Puskesmas, kit persalinan steril dan obat-obat kegawat daruratan maternal neonatal belum tersedia di pengungsian dengan alasan semua ibu hamil, bersalin dan nifas di rujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan. Mobil untuk rujukan sewaktu-waktu tersedia namun tidak disemua pengungsian karena menggunakan Ambulan Puskesmas. Alat kontrasepsi tersedia di pengungsian dengan berbagai jenis kecuali mini pil dan suntik 1 bulanan, sedangkan untuk implant dan IUD pemasangan dilakukan di fasilitas kesehatan. Alat kontrasepsi disediakan dari persediaan yang ada di badan KB, karena mekanisme pengajuan alat kontrasepsi di badan KB adalah 1 tahun sekali. Mekanisme penanganan kasus kekerasan seksual di pengungsian belum ada, petugas yang khusus menangani kasus kekerasan seksual juga belum tersedia.

Tempat pengungsian terdiri dari 16 tempat untuk erupsi Merapi 2010 dan saat ini daerah telah

memiliki 11 barak khusus untuk tempat pengungsian yaitu Barak Kiyaran, Barak Gayam, Barak Kuwang, Barak Plosokerep, Barak Brayut, Barak Sindumartani, Barak Umbulmartani, Barak Purwobinangun, Barak Pondokrejo, Barak Tirtomartani dan Barak Girikerto. Daya tampung ke 11 barak tersebut adalah 3300 -4500 orang, dengan jumlah penduduk yang berada pada daerah rawan bencana erupsi Merapi mencapai 40.000 orang, sehingga diperlukan tempat pengungsian yang lain. Bilik Mesra sudah tersedia di pengungsian Maguwoharjo sejumlah 2 bilik dan gedung Youth Center tersedia 2 bilik. Kamar mandi di pengungsian belum tersedia sesuai standar karena jumlah yang kurang dan belum adanya kamar mandi portable yang representatif, kamar mandi tambahan berupa kamar mandi darurat . Pintu kamar mandi tidak dapat dikunci dari dalam dan kamar mandi tidak terpisah antara laki-laki dan perempuan.

Proses Pelayanan Kesehatan Reproduksi Bagi Pengungsi

Perencanaan berupa identifikasi kebutuhan dilaksanakan setelah terjadi erupsi Merapi berupa rapid need assesment, menurut standar identifikasi harusnya berkesinambungan sebelum bencana, ketika bencana dan setelah terjadi bencana. Perumusan kegiatan dilakukan dari hasil rapid need assesment. Pengorganisasian dilakukan dengan koordinasi semua pemberi pelayanan kesehatan di Dinas Kesehatan Sleman pada awalnya 2 kali perminggu kemudian semakin berkurang seiring perbaikan kondisi kesehatan. Koordinasi lintas sektor dilakukan dibawah komando BPBD dilaksanakan 2 hari sekali kemudian semakin berkurang sesuai perkembangan kondisi di pengungsian. Kegiatan dilaksanakan sesuai dengan perencanaan yang dirumuskan. Pemantauan pelayanan kesehatan reproduksi bagi pengungsi belum dilaksanakan secara terstruktur, belum ada indikator khusus monitoring dan evaluasi. Evaluasi pelayanan kesehatan dilakukan 1 bulan sekali di dinas kesehatan untuk semua pelayanan kesehatan.

Output Pelayanan Kesehatan Reproduksi Bagi pengungsi

Jumlah kasus pelecehan seksual yang dilaporkan ada 3 kasus, semuanya ditangani oleh LSM. Cakupan supply untuk pencegahan infeksi belum terkontrol dengan baik, pembuangan limbah medis belum dikelola disetiap pengungsian. Mengenai hal ini, informan berbeda pendapat, ada yang mengatakan dikelola dinas PU (pekerjaan umum), belum dikelola serta dibawa keluar dan dimusnahkan di rumah sakit namun belum rutin dilakukan. Informan triangulasi menyatakan bahwa limbah medis dibawa

keluar dan dimusnahkan di rumah sakit umum daerah. Kondom untuk pencegahan IMS dan HIV/AIDS telah didistribusikan diawal-awal pengungsian, namun tidak ada catatan khusus distribusi di pengungsian, pencatatan dilakukan perkecamatan. Prosedur untuk transfusi darah dilakukan sesuai prosedur dan ada lembar kendalinya. Cakupan fasilitas pelayanan KB di pengungsian tersedia disemua pengungsian bersamaan dengan pelayanan kesehatan lain, alat kontrasepsi yang tidak tersedia di tempat pengungsian adalah implant, IUD, suntik 1 bulan dan mini pil. Kejadian Unmetneed KB di Kecamatan Cangkringan pada tahun 2010 adalah 6,7 %, tahun 2011 menjadi 7,4 % dan tahun 2012 menjadi 7,9 %. Cakupan persalinan di fasilitas kesehatan mencapai 100 %, karena semua persalinan dirujuk di fasilitas kesehatan. Rasio tempat pengungsian dibandingkan jumlah pengungsi adalah 2 :1 atau 1: 0,5 jadi 1 pengungsi menempati 0,5 m2 ruangan. Kamar mandi belum terpisah laki-laki dan perempuan, tidak semua kamar mandi tidak bisa dikunci dari dalam, bilik mesra tersedia di dua tempat pengungsian dari 16 pengungsian yang ada atau 12,5 %, rasio bilik mesra adalah 2 bilik digunakan untuk 1980 PUS berarti rasio bilik mesra 1:990 PUS.

Analisa SWOT

Analisa SWOT untuk Input, Proses dan Output Pelayanan Kesehatan Reproduksi Bagi Pengungsi dilaksanakan dengan cara Focus Group Discussion yang diikuti oleh tujuh orang yang mengerti tentang Pelayanan Kesehatan Reproduksi bagi pengungsi. Sebelum dilakukan FGD peneliti mendistribusikan naskah hasil penelitian mengenai input, proses dan output agar para peserta FGD lebih memahami topik FGD.

Matriks IFAS (Internal Factor Analysis Summary)

Faktor Strategik Internal	Bobot	Rating	Nilai
Kekuatan			
Ada tenaga kesehatan yang sudah mengikuti pelatihan pelayanan kesehatan reproduksi pada pengungsi.	0,8	2	1,6
Akses rujukan ke fasilitas kesehatan yang mudah.	0,8	4	3,2
Mekanisme pengajuan dana yang setiap unit kegiatan dapat mengajukan dana untuk menyelenggarakan suatu kegiatan	0,8	3	2,4
Total		7,2	
Kelemahan			

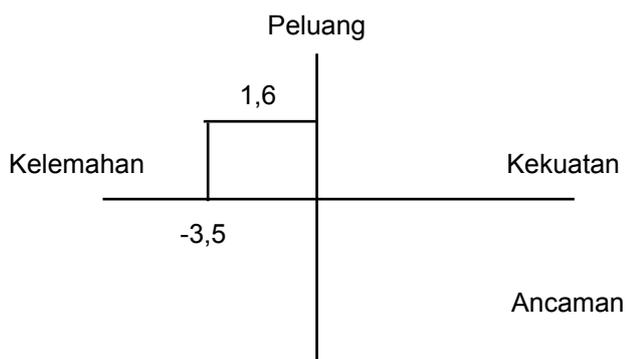
Belum semua pemberi pelayanan kesehatan reproduksi pada pengungsi terlatih	0,8	2	1,6
Belum ada tim khusus pelayanan kesehatan reproduksi bagi pengungsi	0,6	2	1,2
Buku referensi jumlahnya terbatas, belum terdistribusi dan tersosialisasi	0,8	2	1,6
Kurangnya sarana dan prasarana pelayanan kesehatan reproduksi bagi pengungsi	0,7	3	2,1
Belum ada data protap atau SOP untuk pelayanan kesehatan reproduksi bagi pengungsi	0,5	2	1,0
Pendokumentasian dan Pelaporan kegiatan pelayanan kesehatan reproduksi pada pengungsi belum lengkap	0,8	4	3,2
Total		10,7	
Kekuatan-Kelemahan		7,2-10,7=	-3,5

Matriks EFAS (Eksternal Factor Analysis Summary)

Faktor Strategik Eksternal	Bobot	Rating	Nilai
Peluang			
Pemerintah daerah sudah memiliki bangunan khusus untuk pengungsian sebanyak 11 barak	0,8	4	3,2
Ada koordinasi rutin lintas sektor yang dilakukan dibawah komando BPBD meskipun tidak semua hadir	0,8	3	2,4
Banyaknya jumlah relawan yang ikut terlibat dalam pengungsian	0,8	3	2,4
Total		8,0	
Ancaman			
Barak yang dibangun belum memenuhi fasilitas untuk kesehatan reproduksi	0,7	4	2,8
Banyak relawan yang tidak melapor	0,4	3	1,2
Kondisi pengungsian berubah-ubah dengan banyaknya pengungsi yang berpindah pengungsian atau mengungsi mandiri	0,6	4	2,4
Total		6,4	
Peluang-Ancaman		8,0-6,4=	1,6

Berdasarkan matriks IFAS dan EFAS dapat diketahui titik koordinat SWOT pada titik (-3,5, 1,6) sehingga posisi organisasi berada pada kuadran 3.

Diagram koordinat SWOT



Strategi yang sesuai apabila organisasi berada pada kuadran 3, yaitu strategi turn around, karena organisasi menghadapi kelemahan didalam tubuh organisasi dan memiliki peluang yang besar diluar organisasi. Strategi turn around dilakukan dengan cara rekonsiliasi, konsolidasi, efektifitas dan efisiensi untuk meminimalkan kelemahan dan memanfaatkan peluang yang ada demi kemajuan organisasi⁶

Simpulan dan Saran

Pelayanan kesehatan reproduksi bagi pengungsi rawan bencana erupsi merapi di Dinkes Sleman belum memiliki input, seperti operasionalisasi kebijakan, tim penanggung jawab, struktur organisasi dan petugas kesehatan terlatih. Input berupa sarana seperti peralatan medis, air, sarung tangan, obat-obatan kegawatdaruratan maternal, mobil untuk rujukan, kamar mandi, dan bilik mesra belum tersedia sesuai dengan standar dan kontinyu disetiap tempat pengungsian.

Berdasarkan beberapa penelitian yang telah dilaksanakan di beberapa Negara rawan bencana seperti Haiti, Chernobyl, Bhopal dan South Carolina menunjukkan bahwa pengamatan, pencatatan, evaluasi dan perencanaan kembali berdasarkan hasil evaluasi serta perbaikan system komunikasi dan birokrasi pada pelayanan kesehatan di daerah rawan bencana dapat mengurangi dan mengatasi masalah-masalah kesehatan pada kondisi bencana.^{9,10,11}

Tiap-tiap tahap dalam proses pelayanan kesehatan reproduksi bagi pengungsi sudah dilaksanakan dengan baik, namun belum dilakukan secara mandiri, khusus untuk kesehatan reproduksi bagi pengungsi masih tergabung dengan keseluruhan pelayanan kesehatan pada pengungsi.

Output dari pelayanan sangat tergantung dari penyediaan input, sehingga output yang ada juga belum terdokumentasi, karena tim penanggung jawab belum dibentuk. Belum semua petugas maupun masyarakat dapat menggunakan input yang ada karena keterbatasan jumlah.

Hasil analisa SWOT menempatkan organisasi pada kuadran 3, sehingga strategi yang sesuai adalah strategi turn around, dengan grand strategi konsolidasi dan mengefektifkan dan mengefisienkan sumber daya yang ada dalam dinas kesehatan.

Daftar Pustaka

1. Depkes RI. Kesehatan Reproduksi Bagi Pengungsi Referensi Pengelola Program. Depkes RI. Jakarta, 2003 ;3.
2. Women Comission for Refugee women and children. Modul Pembelajaran Jarak Jauh Paket Layanan Awal Minimum (MISP) Untuk Kesehatan Reproduksi Pada Situasi Krisis. RHCR(Reproductive Health In Crisis Response), 2006.
3. BNPB. DIBI Indonesia. BNPB dan UNDP, Jakarta, 2010; 3.
4. BNPB. Kondisi Pasca Erupsi Merapi ; Rencana Rehabilitasi Dan Rekonsiliasi. BNPB, Jakarta, 2011.
5. Miles Mathew & Huberman. A .Michael. Analisa Data Kualitatif. UI Press, 2009
6. IAWG. Buku Pedoman Lapangan Antar Lembaga Kesehatan Reproduksi dalam Situasi Darurat Bencana. IAWG dan AUSAID. Jakarta, 2010, 5.
7. The Sphere Project. Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response. The Sphere Project, Rugby, UK, 2011.
8. Reinki, W.A. Pencanaan Kesehatan untuk Meningkatkan Efektifitas Manajemen. Gajah Mada University Press, Yogyakarta, 1994
9. Heather Shover, MD, MPH. Undersatnding the Chain of Communication During a Disaster. Perspective in Psychiatric Care Vol. 43, No.1, Februari, 2007. Diunduh melalui www.ebscohost.com pada tanggal 12 Maret 2013.
10. Ernest Benjamin. MD. Principles and Practice of Disaster Relief. Lessons From Haiti, 2011. Mount Sinai Journal of Medicine 78: 306-318, 2011, Diunduh melalui www.ebscohost.com. Pada tanggal 12 Maret 2013.
11. Erik R. Svendsen, Jenifer R. Runkle, Venkata Ramana Dhara, Shao Lin, Marina Naboka, Timothy A. Mousseou and Charles L. Bennett. Epidemiologic Methods Lessons Learned from Environmental Public Health Disasters: Chernobyl, The World Trade Center, Bhopal and Graniteville, south Carolina. 2012, International Journal Environmental Research and Public Health. Agustus 2012, Vol .9 Diunduh melalui www.ebscohost.com pada tanggal 12 Maret 2013.